

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
**Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem**

**SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM PARA A  
SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS:  
PERSPETIVA DOS SUPERVISIONADOS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Dissertação académica orientada pela  
Prof.(a) Doutora Margarida Reis Santos  
e coorientada pela  
Prof.(a) Doutora Sandra Cruz

Ana Cristina Maia Rocha

Porto | 2014



## DEDICATÓRIA

*Que ideia tenho eu das coisas?  
Que opinião tenho eu sobre as causas e os efeitos?  
Que tenho eu meditado sobre Deus e a alma  
E sobre a criação do mundo? (...)  
“Constituição íntima das coisas”...  
“Sentido íntimo do Universo”... (...)  
É como pensar em razões e fins  
Quando o começo da manhã está raiando, e pelos lados das árvores  
Um vago ouro lustroso vai perdendo a escuridão. (...)  
O que nós vemos das coisas são as coisas.  
Por que veríamos nós uma coisa se houvesse outra?  
Por que é que ver e ouvir seria iludirmo-nos  
Se ver e ouvir são ver e ouvir?  
O essencial é saber ver,  
Saber ver sem estar a pensar,  
Saber ver quando se vê,  
E nem pensar quando se vê  
Nem ver quando se pensa.  
Mas isso (tristes de nós que trazemos a alma vestida!),  
Isso exige um estudo profundo,  
Uma aprendizagem de desaprender (...)  
O mistério das coisas, onde está ele?  
Onde está ele que não aparece  
Pelo menos a mostrar-nos que é mistério? (...)  
Porque o único sentido oculto das coisas  
É elas não terem sentido oculto nenhum,  
É mais estranho do que todas as estranhezas  
E de que os sonhos de todos os poetas  
E os pensamentos de todos os filósofos,  
Que as coisas sejam realmente o que parecem ser  
E não haja nada que compreender. (...)  
As coisas não têm significação: têm existência.  
As coisas são o único sentido oculto das coisas. (...)*

*Fernando Pessoa (Alberto Caeiro)  
in ‘O Guardador de Rebanhos’*

*Aos meus pais, à Carolina e ao Renato,  
Companheiros incondicionais na partilha desta etapa da minha vida...*



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Margarida Reis Santos e à Professora Doutora Sandra Cruz, por me terem inculcido o gosto pela temática e apoiado na mudança de trajetória académica. Agradeço cada momento de partilha científica, a permanente disponibilidade e toda a motivação e inspiração. Acima de tudo, agradeço a confiança que depositaram em mim e na minha capacidade de trabalho. Sem vocês este trabalho não teria sido possível!

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, responsável pela minha formação pessoal e académica ao longo de mais de dez anos, por me inculcir o gosto pela aprendizagem, o rigor e o profissionalismo.

Ao Centro Hospitalar do Médio Ave e a todos os Enfermeiros envolvidos no Projeto C-S2AFECARE-Q, pela disponibilidade e generosidade com que me receberam e pela valiosíssima informação que me permitiram recolher e que deu todo o sentido a este trabalho.

Às colegas de jornada académica, Catarina Miranda e Érica Monteiro, pelo companheirismo, momentos de partilha intelectual, suporte, brincadeiras e motivação que sempre esteve presente nas nossas conversas.

Ao Enfermeiro António Garrido pelo seu contributo na revisão do guião de entrevista.

Ao Professor Doutor Daniel Polónia por todo o interesse e disponibilidade demonstrados. Um sincero obrigado!

Ao meu primo João Rocha pela sua permanente disponibilidade e prontidão no apoio informático! Obrigado do coração!

À minha família, ao amor da minha vida e aos amigos, por todos os momentos que privaram da minha presença, pelo apoio incondicional e ânimo nos momentos mais difíceis e pela imensa compreensão e carinho. Foram simplesmente maravilhosos!

Um grande bem-haja a todos os que passaram por mim nesta etapa da minha vida, que contribuíram positivamente para o meu crescimento pessoal e profissional e me ajudaram a superar mais um desafio!



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CHKS** - Caspe Healthcare Knowledge Systems

**CHMA** - Centro Hospitalar do Médio Ave

**CIPE®** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CNO** - College of Nurses of Ontario

**C-S2AFECARE-Q** - Supervisão Clínica para Segurança e Qualidade dos Cuidados

**DGS** - Direção-Geral da Saúde

**ESEP** - Escola Superior de Enfermagem do Porto

**ICN** - International Council of Nurses

**MSCEC** - Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado

**NHS** - National Health Service

**NMC** - Nursing and Midwifery Council

**NZNO** - New Zealand Nurses Organisation

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**PBE** - Prática Baseada na Evidência

**RNAO** - Registered Nurses's Association of Ontario

**SC** - Supervisão Clínica

**SCE** - Supervisão Clínica em Enfermagem

**UST** - Unidade de Santo Tirso

**UVNF** - Unidade de Vila Nova de Famalicão





## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1. PROJETO “SUPERVISÃO CLÍNICA PARA A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS” .....</b>	<b>7</b>
1.1. Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado ....	9
1.2. Operacionalização do Projeto C-S2AFECARE-Q.....	13
<b>2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>17</b>
2.1. Pertinência do Estudo.....	18
2.2. Questão de Partida .....	20
2.3. Questões de Investigação, Objetivos e Finalidade.....	21
2.4. Tipo de Estudo .....	22
2.5. Contexto do Estudo .....	26
2.6. Grupo de Participantes .....	28
2.7. Instrumento e Processo de Recolha dos Dados .....	30
2.8. Procedimentos Adotados na Análise dos Dados .....	34
2.9. Considerações Éticas .....	37
<b>3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
3.1. Caraterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes .	41
3.2. Contributo do C-S2AFECARE-Q para os Enfermeiros.....	44
3.3. Contributo do C-S2AFECARE-Q para o CHMA .....	69
3.4. Contributo do C-S2AFECARE-Q para o Cliente.....	82

3.5. Avaliação da Operacionalização do C-S2AFECARE-Q.....	94
CONCLUSÃO .....	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	149
ANEXOS.....	163
ANEXO I - Guião de Entrevista.....	165
ANEXO II - Autorização Institucional para a Realização do Estudo .....	181
ANEXO III - Declaração de Consentimento Informado.....	187

## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>GRÁFICO 1:</b> Idade dos enfermeiros.....	42
<b>GRÁFICO 2:</b> Habilitações profissionais dos enfermeiros.....	43
<b>GRÁFICO 3:</b> Experiência profissional e tempo de exercício profissional...	43

## **LISTA DE QUADROS**

<b>QUADRO 1:</b> Contributo do C-S2AFECARE-Q para os Enfermeiros.....	47
<b>QUADRO 2:</b> Contributo do C-S2AFECARE-Q para o CHMA .....	72
<b>QUADRO 3:</b> Contributo do C-S2AFECARE-Q para o Cliente.....	83
<b>QUADRO 4:</b> Avaliação da Operacionalização do C-S2AFECARE-Q .....	96

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1:</b> Representação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado .....	12
<b>FIGURA 2:</b> Infografia representativa do estudo e do Projeto C-S2AFECARE-Q .....	137



## RESUMO

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) assume um papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. A evidência científica aponta benefícios da sua implementação a diferentes níveis. Na atualidade é perspectivada como um pré-requisito essencial à promoção da segurança e qualidade dos cuidados.

A necessidade de documentar ganhos em saúde para a população decorrentes do exercício profissional dos enfermeiros, e de aumentar o conhecimento no que diz respeito à relação da SCE com a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, resultou numa parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e o Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA) e no investimento no projeto “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados” (C-S2AFECARE-Q).

O C-S2AFECARE-Q constitui um projeto inovador em Portugal e visa a criação de uma cultura de supervisão de profissionais, como contributo subsidiário para a segurança e qualidade da prática clínica, através da operacionalização de um modelo de SCE, sustentado nas necessidades dos enfermeiros e focalizado na resposta às exigências do seu exercício profissional.

Este estudo teve como finalidade contribuir para a definição de estratégias facilitadoras da implementação e adesão ao C-S2AFECARE-Q, através da análise e compreensão do processo de operacionalização do projeto, na perspetiva dos enfermeiros supervisionados.

Os objetivos delineados passam por conhecer a opinião dos enfermeiros supervisionados sobre a operacionalização do C-S2AFECARE-Q e compreender em que medida a sua implementação contribui para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e para a segurança e qualidade dos cuidados.

Realizou-se um estudo qualitativo de carácter exploratório e descritivo. Os dados foram colhidos numa entrevista semiestruturada, aplicada a dez enfermeiros do CHMA.

No tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo segundo Bardin (2011), tendo emergido quatro domínios: “Contributo do C-S2AFECARE-Q para os Enfermeiros”, “Contributo do C-S2AFECARE-Q para o CHMA”, “Contributo do C-S2AFECARE-Q para o Cliente” e “Avaliação da Operacionalização do C-S2AFECARE-Q”.

A análise dos resultados obtidos permitiu concluir que os participantes percecionam globalmente o projeto como sendo um contributo positivo para o seu exercício profissional, com impacto não só nos enfermeiros, mas também, no próprio CHMA e na qualidade e segurança dos cuidados disponibilizados aos clientes. A identificação de fatores facilitadores e dificultadores do projeto permitiu sugerir a adoção de estratégias que promovam a adesão, minimizem as limitações e otimizem as potencialidades do C-S2AFECARE-Q.

**Palavras-chave:** Supervisão Clínica em Enfermagem; Qualidade dos Cuidados; Segurança; Enfermeiro Supervisionado; Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem.

## ABSTRACT

**Title:** Clinical Supervision in Nursing for Safety and Quality of Care: Perspective of the Supervised

Clinical Supervision in Nursing (CNS) plays a determinant role in the personal and professional development of nurses. Scientific evidence points to benefits of its implementation at different levels. Nowadays it's seen as an essential prerequisite to promoting the safety and quality of care.

The need to document health gains for the population resulting from the professional nursing practice, and increase knowledge with regard to the relationship of CNS with improving the quality and safety of care, resulted in a partnership between the *Escola Superior de Enfermagem do Porto* (Porto Nursing's School - ESEP) and the *Centro Hospitalar do Médio Ave E.P.E.* (Médio Ave Hospital Center - CHMA) and investment in the project entitled "Clinical Supervision for Safety and Care Quality" (C-S2AFECARE-Q).

The C-S2AFECARE-Q is an innovative project in Portugal and aims to create a culture of professional supervision, as a subsidiary contribution to the safety and quality of nurses' practice, through the operationalization of a model of clinical supervision supported by the needs of nurses and focused on responding to the demands of their professional practice.

This study aimed to contribute to the definition of strategies facilitating the implementation and adherence to the C-S2AFECARE-Q, by analyzing and understanding the process of operationalization of this project, in the perspective of the nurses that were supervised.

The outlined goals are knowing the opinion of the supervised nurses on the operationalization of C-S2AFECARE-Q and understanding to what extent its implementation contributes to the professional development of nurses as well as to the safety and quality of care.

This is a qualitative study of exploratory and descriptive nature, in which the instrument of data collection was a semi-structured interview script, which was applied to ten nurses from the CHMA.

In the data content analysis according to Bardin (2011), emerged four domains: “Contribution of the C-S2AFECARE-Q for Nurses”, “Contribution of the C-S2AFECARE-Q for the CHMA”, “Contribution of C-S2AFECARE-Q for the Patient” and “Evaluation of the Operationalization of C-S2AFECARE-Q”.

The analyses of the results allowed us to conclude that the participants saw the project as a positive contribution to their practice behaviours, with an impact not only on the nurses, but also, on the CHMA itself and on the quality and safety of patient care rendered. The identification of the factors that facilitate or hinder the project has suggested the adoption of strategies that promote adherence, minimize constraints and optimize the potential of C-S2AFECARE-Q.

**Keywords:** Clinical Supervision in Nursing; Quality of Care; Safety of Patient Care; Supervised Nurse; Model of Clinical Supervision in Nursing.



## INTRODUÇÃO

A SCE constitui uma temática que está no centro dos debates sobre a formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros, sendo incluída na atual discussão das políticas de qualidade das instituições de saúde em Portugal.

A importância da qualidade nos cuidados de saúde e o reconhecimento que os profissionais de saúde necessitam de apoio contínuo para manterem e melhorarem a sua prática, fez com que a Supervisão Clínica (SC) ganhasse cada vez mais, um espaço privilegiado na disciplina de Enfermagem, enquanto estratégia promotora do desenvolvimento pessoal e da aprendizagem experiencial, e potenciadora da excelência do exercício profissional e da segurança dos cuidados.

Os enfermeiros, por estarem sempre ou quase sempre, presentes nas experiências de saúde-doença dos clientes, encontram-se numa posição privilegiada e lidam, não só com experiências de natureza desafiante, mas também, com uma exigência cada vez maior da gestão das organizações de saúde (Marrow *et al.*, 2002; Hyrkäs *et al.*, 2003; Wood, 2004). Por outro lado, a proximidade com o cliente, permite-lhes a deteção de erros e processos não seguros e a prevenção da sua ocorrência (Carrol, 2005), o que faz destes profissionais um elo fundamental na prossecução da qualidade e segurança das práticas clínicas.

A SCE tem vindo a ser implementada em diversos contextos, tendo como principal objetivo aumentar a consciência dos profissionais

relativamente às questões relacionadas com a prática clínica, através da reflexão, orientação e suporte profissional (Nadirshaw e Torry, 2004; Silva, Pires e Vilela, 2011).

Os processos supervisivos permitem desenvolver competências e habilidades profissionais num ambiente de aprendizagem reflexiva; aumentar a eficácia clínica; melhorar os padrões de qualidade dos cuidados por via de uma prática baseada na evidência e da incorporação da reflexão e da introdução de inovações na prática clínica; proporcionam o apoio e suporte ao desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e permitem assegurar a proteção dos melhores interesses dos clientes; sendo considerado um direito de todos os profissionais e uma responsabilidade de gestores, chefias e supervisores clínicos, garantir que estes processos ocorram nos contextos de trabalho (NHS, 2011).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) assume a excelência do cuidar como referência e eixo estruturante das competências profissionais e reconhece publicamente, no Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2010), a importância da inclusão da SCE nos contextos de prática clínica e o seu papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, quer nos processos formativos, quer nos processos de integração à vida profissional, promovendo a excelência e segurança dos cuidados assistenciais.

Na atualidade, as instituições de saúde em Portugal deparam-se com a necessidade crescente de desenvolver estratégias que lhes permitam elevar os seus serviços a um nível ótimo de qualidade, de modo a proporcionarem a satisfação do cliente e a promoverem condições para uma prestação de cuidados segura e de qualidade.

Embora a SCE, possa ser perspectivada como um recurso com impacto, não só nos profissionais e na excelência do exercício profissional, mas também, nas próprias organizações e na segurança dos cuidados disponibilizados aos clientes, verifica-se escassa evidência que avalie os contributos da SC para os clientes e os seus efeitos sobre a interação enfermeiro-cliente (Francke e Graaff, 2012; Wright, 2012). Deste modo, é

consensual a necessidade de desenvolver mais investigação em SCE, que possa aumentar os conhecimentos nesta área e determinar a sua eficácia e impacto sobre ganhos em saúde para os clientes (White e Winstanley, 2010).

Abreu (2007) afirma que, é “necessário desenvolver investigação centrada nas aprendizagens clínicas, modelos de supervisão clínica, condicionantes dos modelos de qualidade, experiências de tutoria e inteligência emocional em contexto clínico” (p. 242). A ESEP conjuntamente com o CHMA, criaram a oportunidade de responder à necessidade de aumentar os conhecimentos no que concerne ao impacto da SCE sobre o cliente, e de assegurar um dos desígnios que decorre do compromisso das instituições de saúde com a qualidade, nomeadamente, procurar melhorar as práticas dos enfermeiros.

O projeto “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados” (C-S2AFECARE-Q) é o resultado de um protocolo de cooperação institucional entre a ESEP e o CHMA, visa a introdução de uma cultura de supervisão de pares e pretende ser um contributo para assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados, através da operacionalização de um modelo de SCE centrado nas necessidades dos seus intervenientes, e focado na resposta às exigências do seu exercício profissional (Cruz, 2012).

Se por um lado, é consensual a escassa evidência em SCE, por outro, também é consensual que, a implementação de uma estrutura de SC requer envolvimento e compromisso por parte dos enfermeiros e das instituições, com o intuito de assegurarem as condições necessárias para a sua efetividade e para que se possa realizar mais investigação nesta área.

O C-S2AFECARE-Q proporciona a oportunidade de reconhecer em contexto prático, os efeitos da SC e perspetivar o processo de operacionalização e o impacto da implementação de um modelo de SCE, na ótica dos atores envolvidos.

Partindo destes pressupostos, no âmbito do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, desenvolveu-se uma investigação intitulada “Supervisão Clínica em Enfermagem para a Segurança e

Qualidade dos Cuidados: Perspetiva dos Supervisionados”, inserida no projeto C-S2AFECARE-Q, que teve como finalidade contribuir para a definição de estratégias facilitadoras da implementação e adesão ao modelo de SC implementado no CHMA, enquanto estratégia potenciadora da excelência profissional e da segurança e qualidade dos cuidados, através da análise e compreensão do processo de operacionalização do C-S2AFECARE-Q na perspetiva dos enfermeiros supervisionados.

Neste estudo, pretendeu-se conhecer a opinião dos enfermeiros supervisionados sobre a operacionalização do projeto C-S2AFECARE-Q; compreender em que medida o modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem implementado contribui para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e compreender em que medida o Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem implementado contribui para a segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem.

A metodologia utilizada neste estudo assentou no paradigma naturalista, tratando-se de uma investigação qualitativa, de carácter exploratório e descritivo. A recolha de dados foi efetuada com recurso a um guião de entrevista semiestruturada, que foi aplicado a uma amostra não probabilística intencional, composta por 10 enfermeiros supervisionados, do Serviço de Medicina da Unidade de Santo Tirso (UST) e do Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos da Unidade de Vila Nova de Famalicão (UVNF).

Ao longo de todo o percurso, construiu-se um relatório sustentado na informação gerada pelos dados, tendo por base as perspetivas dos participantes na investigação. Adotámos, essencialmente, o processo indutivo ao longo do trajeto percorrido pelo que, a redação deste trabalho está intimamente relacionada com a abordagem metodológica escolhida, que prevê a integração da teoria à *posteriori* dos factos e a partir da análise dos dados. Deste modo, o relatório encontra-se fundamentado na interpretação e significados dos participantes, e a evidência científica sobre o tema foi integrada com o intuito de dar consistência e ajudar a

explicitar um fenómeno pouco conhecido do ponto de vista da sua significação.

O documento encontra-se organizado em três capítulos. Após uma breve introdução ao tema, metodologia e estrutura desta investigação, apresenta-se, no primeiro capítulo, uma abordagem ao C-S2AFECARE-Q, ao Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC) e ao processo de operacionalização do projeto, que permite, não só, enquadrar a investigação realizada e compreender a sua relevância para o projeto C-S2AFECARE-Q, mas também, antever o seu eventual contributo para aumentar os conhecimentos em SCE e facilitar a sua introdução na cultura das instituições de saúde portuguesas.

No segundo, são apresentadas as opções metodológicas e o enquadramento do trabalho empírico, nomeadamente: a pertinência do estudo; a questão de partida; as questões de investigação, objetivos e finalidade; o tipo de estudo; o contexto de estudo; o grupo de participantes; o instrumento e processo de recolha de dados; os procedimentos adotados na análise de dados e as considerações de natureza ética.

O terceiro capítulo, constitui o cerne da investigação e nele consta a apresentação, análise e discussão dos dados recolhidos, sendo integrada a evidência mais relevante sobre a temática em estudo, e facilitadora da interpretação dos significados e conceções dos participantes. Por último, são traçadas algumas considerações finais relativas à investigação realizada, que se espera que possa ser um contributo para a otimização da estrutura de SCE no CHMA e um recurso facilitador da inclusão de processos supervisivos nas políticas das organizações de saúde em Portugal.



## **1. PROJETO “SUPERVISÃO CLÍNICA PARA A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS”**

A OE prevê a constituição de um Resumo Mínimo de Dados e um *Core* de Indicadores de Enfermagem que “viabilizem a produção automática de um conjunto de indicadores de enfermagem, para diferentes níveis e utilizadores” (OE, 2007a, p. 1). Estes indicadores assumem o papel de “marcadores específicos do estado de saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população” (OE, 2007a, p. 2).

Face à constatação da necessidade de documentar de forma regular e sistemática ganhos em saúde para a população decorrentes do exercício profissional dos enfermeiros e tendo presente que os estudos produzidos no âmbito da SCE não documentam uma relação clara e inequívoca entre a implementação de estruturas de SCE e a obtenção de ganhos em saúde por parte dos clientes (Wright, 2012), a ESEP entendeu ser uma mais-valia implementar um modelo de SCE numa instituição hospitalar e procurar estabelecer a sua relação com indicadores diretamente sensíveis aos cuidados dos enfermeiros.

Deste modo, um grupo de investigadores da ESEP propôs uma parceria ao CHMA com o objetivo de otimizar a qualidade e segurança dos cuidados através da implementação de um modelo de SCE sustentado nas necessidades e práticas dos enfermeiros da instituição, com o propósito de observar a evolução de indicadores de Enfermagem já estabelecidos pela OE, em áreas de interesse para os serviços participantes no projeto.

A experiência prévia de implementação de um modelo de SCE no âmbito do trabalho de investigação-ação de Cruz (2012), fez do CHMA um contexto privilegiado e fértil não só pelo contacto antecedente com uma estrutura de SCE, mas também, pela motivação e esforços empreendidos pelos profissionais e órgãos de gestão da instituição no referenciado estudo.

A par do compromisso assumido pelo CHMA e do reconhecimento da necessidade de otimizar a qualidade e segurança dos cuidados tendo em consideração as necessidades e práticas dos enfermeiros, o estabelecimento da parceria institucional proposta pela ESEP ao CHMA, possibilitou a implementação de um projeto designado “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados” (C-S2AFECARE-Q).

O C-S2AFECARE-Q consiste num projeto de investigação-ação que visa a criação de uma cultura de supervisão de pares e pretende ser um contributo para a segurança e qualidade dos cuidados, através da operacionalização de um modelo de SCE, sustentado nas necessidades dos enfermeiros do CHMA e focalizado na resposta às exigências do seu exercício profissional. Os indicadores monitorizados neste projeto são o autocuidado, o risco de queda e a amamentação, definidos pela OE como sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O projeto contempla três fases distintas, teve início em setembro de 2011 e prevê-se o seu término a dezembro de 2014 e têm como participantes os Serviços de Medicina da UST e Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos da UVNF. Pretende implementar um modelo de SCE centrado na resposta às exigências do exercício profissional dos enfermeiros, desenvolver estratégias de orientação e monitorização das necessidades do supervisionado, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados por via da promoção do autocuidado e da parentalidade e promover a segurança dos clientes através da correta avaliação do risco de queda e sua prevenção (ESEP, 2011).

A primeira fase do projeto decorreu entre setembro de 2011 e agosto de 2012 e incidiu sobre a avaliação do autocuidado e risco de queda dos



clientes do Serviço de Medicina da UST e sobre a avaliação dos conhecimentos e habilidades em amamentação das puérperas do Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos da UVNF. Para além disso, foram identificadas as principais necessidades em SC dos enfermeiros dos serviços participantes com vista a promover a segurança e qualidade dos cuidados nas áreas de intervenção pré-definidas. Nesta fase, foram desenvolvidos trabalhos de investigação por estudantes do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem da ESEP, que já se encontram publicados.

A segunda fase teve início em setembro de 2012 e consistiu na implementação de um modelo de SCE e a terceira fase, ainda em curso, visa identificar os contributos do modelo de SCE implementado para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo por base a análise das áreas de intervenção pré-definidas para o projeto. À semelhança da primeira, foram desenvolvidas investigações nestas duas fases, tendo sido publicados dois estudos, um sobre a perspetiva dos enfermeiros supervisores clínicos (Borges, 2013), e outro sobre a perspetiva dos enfermeiros gestores (Monteiro, 2014), no que concerne à operacionalização do modelo de SCE no CHMA. As investigações desenvolvidas no âmbito do projeto C-S2AFECARE-Q, possibilitam a monitorização do processo e fornecem contributos à definição de estratégias de otimização da operacionalização do mesmo.

### **1.1. Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado**

Um modelo é um quadro concetual que explicita um conjunto de conceitos e ideias que permitem ao indivíduo orientar o pensamento, fazer uma leitura dos fenómenos e possuir um referencial para a ação (Sloan e Watson, 2002), “pode ser entendido como uma matriz explicativa,

detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constituir uma referência para a acção” (Abreu, 2007, p. 190).

Não existe um único modelo de SCE capaz de atender às necessidades de todos os contextos de enfermagem (Fowler, 1996 cit. por Sloan e Watson, 2002), pois dificilmente um único modelo conseguiria incorporar todos os elementos considerados essenciais numa determinada situação e contexto. Assim, é consensual que, diferentes contextos socioclínicos e políticos podem conduzir a modelos diferenciados (Magnunson, Wilcox e Norem, 2000).

Existem inúmeros modelos de SC devendo a opção das instituições contemplar aspetos que se prendem com o apoio pessoal e profissional, a educação, o desenvolvimento e treino dos profissionais, tendo como finalidade a garantia da qualidade e segurança dos cuidados disponibilizados ao cliente (NHS, 2009).

Há uma grande diversidade de modelos de SC passíveis de serem aplicados nas profissões ligadas à área da saúde contudo, os modelos usados em determinada disciplina nem sempre são transferíveis para outras (Cleary e Freeman, 2005).

Independentemente do modelo de SCE adotado, este deve ser concetualizado pelos atores envolvidos no processo, deve ser flexível e responder às necessidades dos enfermeiros *in loco* (Cruz, Carvalho e Sousa, 2012).

Supervisionar pressupõe o uso dos conhecimentos para ajudar o supervisionado a refletir e a organizar o seu pensamento, contribuindo para o processo de aprendizagem e melhoria das práticas e para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, pelo que, este processo não deve ser fundamentado no improviso e alheio ao uso de um modelo, mas antes ser ancorado em conceções que sistematizem e integrem conceitos e formas de alcançar a formação de profissionais cada vez mais competentes a todos os níveis (Abreu, 2007).

A implementação de um modelo de SCE exige dos responsáveis a capacidade de selecionar o que vá de encontro às características e necessidades supervisivas de cada contexto organizacional e profissional (Garrido, Simões e Pires, 2008), sendo a escolha do modelo determinada pelos atores protagonistas do contexto e determinante para a definição de normas de atuação.

O desenvolvimento de um modelo de SCE tendo em conta as características e necessidades dos enfermeiros do CHMA compreendeu quatro etapas distintas. A primeira foi essencialmente exploratória, teve como objetivo proceder ao diagnóstico da situação no que se refere ao fenómeno da SCE na instituição, e permitiu a identificação das práticas supervisivas em uso e as principais necessidades em SC dos enfermeiros do CHMA (Cruz, 2012).

A segunda permitiu elaborar um modelo de SCE conjuntamente com os profissionais do CHMA, tendo em consideração necessidades supervisivas dos enfermeiros, as exigências do seu exercício profissional e as características da instituição. Este modelo foi denominado de Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC) (Cruz, 2012).

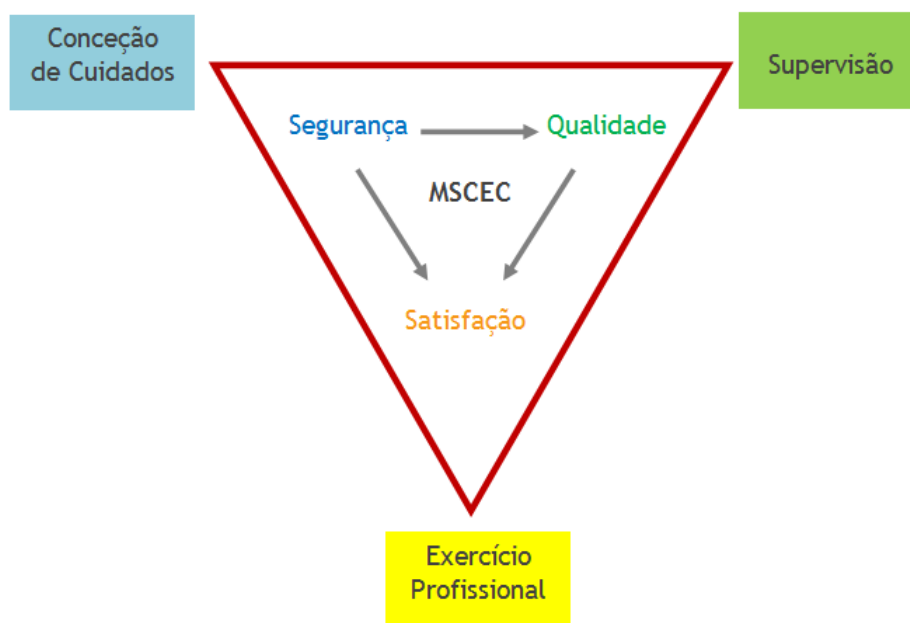
A terceira etapa consistiu na operacionalização e implementação do MSCEC por um período de seis meses nos Serviços de Medicina, Pediatria e Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos do CHMA (Cruz, 2012).

Posteriormente, numa quarta etapa, procedeu-se à avaliação do MSCEC, da sua operacionalização e das mudanças organizacionais decorrentes da sua implementação na perspetiva dos diversos atores envolvidos no processo: Enfermeiro Diretor, enfermeiros chefes ou responsáveis, enfermeiros supervisores clínicos, enfermeiros supervisores clínicos *major* e enfermeiros supervisionados das unidades de internamento onde o MSCEC foi implementado (Cruz, 2012).

O MSCEC é um modelo inovador, sustentado nas necessidades dos enfermeiros do CHMA e marcado pela “flexibilidade, abrangência, capacidade de adaptação e replicação a qualquer contexto” (Cruz, 2012, p. 167).

Assenta em três eixos fundamentais: conceção de cuidados, exercício profissional e supervisão, e implica a interação direta e indireta entre diversos intervenientes: enfermeiros supervisionados, enfermeiros supervisores *major* e cliente (Figura 1).

Figura 1 - Representação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado



Fonte: adaptado de Cruz, 2012

O conceito de SCE adotado para o MSCEC, foi proposto pela OE (2010) no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional, que define supervisão como “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (p. 5).

O MSCEC “assenta na união das relações que se estabelecem entre os intervenientes que atuam nos três eixos anteriormente referidos e que permitem a sua retroalimentação, tornando-o num modelo ativo, dinâmico, pragmático e transferível para outros contextos de saúde” (Cruz, 2012, p. 164).

No que se refere ao projeto C-S2AFECARE-Q, é expectável que a operacionalização e implementação de um modelo de SCE sustentado nas necessidades dos enfermeiros do CHMA, dos Serviços de Medicina da UST e Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos da UVNF, possa ser um contributo para uma “melhoria dos níveis de conhecimento e de competências em supervisão clínica” (ESEP, 2011, p. 4) e para o aumento da segurança e qualidade dos cuidados disponibilizados pelos enfermeiros do CHMA (ESEP, 2011).

## **1.2. Operacionalização do Projeto C-S2AFECARE-Q**

O projeto C-S2AFECARE-Q proporcionou uma janela de oportunidade aos enfermeiros do CHMA para o desenvolvimento pessoal e profissional e salvaguarda da segurança e qualidade dos cuidados prestados. Constitui um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte aos profissionais, com vista à sua satisfação, à segurança dos clientes e à qualidade dos cuidados de enfermagem.

A operacionalização do C-S2AFECARE-Q implica decisões estratégicas e coerentes e determina o ativo envolvimento de todos os atores abrangidos no processo supervisivo, designadamente o enfermeiro supervisionado, o enfermeiro supervisor e a própria instituição, sendo a sua potencialidade diretamente dependente do nível de implicação dos intervenientes e do empenho dos mesmos na consecução dos objetivos delineados.

Para a operacionalização do projeto foram constituídas sete equipas de SC de modo aleatório, três no Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos da UVNF e quatro no Serviço de Medicina da UST, cada uma composta por um enfermeiro supervisor clínico e 10 enfermeiros supervisionados.

A seleção dos enfermeiros supervisores clínicos foi efetuada tendo em consideração um conjunto de critérios pré-definidos pelos investigadores responsáveis e pela chefia dos serviços participantes do projeto, sendo eles:

- “Ser um perito na prestação de cuidados;
- Ter formação pós-graduada preferencialmente em Supervisão Clínica em Enfermagem;
- Ter experiência prática em supervisão clínica prévia como supervisor clínico do CHMA;
- Ter uma relação jurídica de emprego estável, com horário completo (35 horas ou mais);
- Experiência profissional como enfermeiro de pelo menos 4 anos;
- Experiência no serviço de pelo menos 2 anos;
- Ter presente a necessidade de contribuir para a gestão do serviço;
- Ter experiência nos processos formativos (alunos dos diferentes ciclos de formação, integração de novos profissionais);
- Ser reconhecido pelos pares;
- Ser ponderado e assertivo;
- Ser detentor de uma capacidade de reflexão crítica do seu trabalho e dos outros;
- Ser capaz de estabelecer relações de confiança (em quem se possa confiar medos, receios, pedir ajuda se necessário);
- Estar efectivamente presente na equipa” (ESEP e CHMA, 2012, p. 13).

No Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos da UVNF os três elementos escolhidos para exercerem o papel de supervisor clínico neste projeto, já haviam exercido as mesmas funções na investigação de Cruz (2012), portanto cumpriam todos os critérios pré-definidos para a seleção.

No que diz respeito ao Serviço de Medicina da UST, apenas um dos quatro elementos seleccionados exerceu o papel de supervisor clínico no

estudo que levou à criação do MSCEC. Por constrangimentos inerentes à mobilidade de pessoal, na equipa do Serviço de Medicina não existia mais nenhum enfermeiro que tivesse exercido o papel de supervisor clínico no estudo de Cruz (2012), pelo que houve necessidade de incluir três novos elementos. Dois dos enfermeiros foram selecionados pela equipa de investigadores por serem detentores de um Curso de Pós-graduação em SCE e em virtude de não haver mais nenhum elemento com formação pós-graduada nesta área, a escolha do quarto elemento prendeu-se com dois critérios: ser detentor de uma formação pós-graduada, neste caso habilitado com um curso de especialização e detentor do grau de mestre, e tempo de exercício profissional, sendo um dos elementos mais antigo no serviço.

Uma vez constituídas as equipas de SC, foi realizada uma reunião de carácter formativo a todas as equipas pelos investigadores responsáveis pelo projeto e que se centrou na abordagem de conteúdos teóricos relativos à temática da SCE, ao C-S2AFECARE-Q, risco de queda, autocuidado, conhecimentos e habilidades em amamentação e inteligência emocional. Estas sessões iniciais permitiram ainda explicitar a finalidade e objetivos do projeto C-S2AFECARE-Q, apresentar o cronograma e motivar os enfermeiros a participarem e envolverem-se ativamente na sua implementação, de modo a contribuírem para o sucesso do projeto. As reuniões constituíram-se, ainda, como momentos privilegiados para a exposição de dúvidas e aspetos que os enfermeiros desejavam ver melhorados na sua prática profissional e nos seus serviços.

Depois desta reunião, foram planeadas sessões formais de SC para todas as equipas e negociado um contrato individual de supervisão entre o supervisor clínico e os enfermeiros supervisionados, que contempla a definição das responsabilidades dos intervenientes e formaliza a SCE.

Para rentabilizar e potencializar a estrutura de SCE implementada, foram planeadas reuniões de SC direta que envolviam o supervisor clínico e os enfermeiros supervisionados, com um intervalo de dois meses e uma duração aproximada de um hora e trinta minutos. Importa realçar que estas

sessões foram contabilizadas, pelas chefias, como tempo efetivo de serviço a todos os elementos envolvidos.

Para além da supervisão direta, foram definidas estratégias de supervisão indireta que previam a realização de reuniões entre os supervisores clínicos de dois em dois meses, com o objetivo de promover a troca de informação entre si, planeamento de ações que pudessem colmatar as necessidades detetadas e acompanhamento e monitorização da evolução dos enfermeiros supervisores clínicos por parte da equipa de investigadores responsáveis pelo projeto.

No que se refere a estratégias de supervisão à distância, foi criado um endereço eletrónico para registo de informação e situações relevantes, que constituiu um recurso à disposição de todos os enfermeiros do CHMA envolvidos no projeto que pretendessem partilhar eventos críticos, dúvidas e novos conhecimentos com os colegas e com os investigadores responsáveis pelo projeto. Até à data, face ao conhecimento disponível, é possível afirmar que este *email* nunca foi usado pelos enfermeiros supervisionados e que os enfermeiros supervisores clínicos privilegiam o contacto direto via telefónica ou via *email* com alguns dos investigadores, cuja presença é mais assídua no CHMA.

O CHMA constitui um local privilegiado para observar na prática os efeitos da SC, tendo sido desenvolvido um trabalho empírico que envolveu a participação de enfermeiros supervisionados e sobre o qual passaremos a apresentar o enquadramento metodológico.



## 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação científica constitui um processo sistemático, rigoroso e flexível que permite a produção de novos saberes e a validação de informação já adquirida, assumindo um papel indiscutível no avanço da ciência e na consolidação de um corpo de conhecimentos específicos a cada disciplina (Fortin, 2009).

Coutinho (2011) afirma que é “através da investigação que se reflecte e problematizam os problemas nascidos da prática, que se suscita o debate e se edificam as ideias inovadoras” (p. 7).

Independentemente da disciplina a que diz respeito, a investigação científica implica o planeamento e a definição de um conjunto de elementos que sustentam o seu processo (Fortin, 2009).

A metodologia constitui a base de suporte de todo o processo investigativo, uma vez que permite ao investigador identificar e delimitar o problema que pretende estudar, formular as hipóteses e questões de investigação, definir os objetivos do estudo, estabelecer a amostra, elaborar os instrumentos de colheita de dados, aplicá-los e analisar os dados que resultam da sua aplicação (Quivy e Campenhoudt, 2008).

A opção metodológica depende essencialmente do problema identificado pelo investigador e da orientação que o mesmo desejar imprimir ao seu trabalho tendo em conta os objetivos delineados e a obtenção de respostas válidas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas (Fortin, 2009; Coutinho, 2011).

O presente capítulo pretende descrever o percurso e as decisões metodológicas adotadas neste estudo, designadamente: a pertinência do estudo; a questão de partida; as questões de investigação, objetivos e finalidade; o tipo de estudo; o contexto de estudo; o grupo de participantes; instrumento e processo de recolha de dados; procedimentos adotados na análise de dados e considerações de natureza ética.

## **2.1. Pertinência do Estudo**

A escolha de “um tema relativo a um problema geral que necessita de uma investigação sistemática” (Fortin, 2009, p. 49) constitui o ponto de partida de qualquer processo de investigação.

Antes de empreender esforços na consecução de um estudo de investigação, o pesquisador deve encontrar um domínio de investigação que o preocupe ou pelo qual possua interesse, deve estar convicto da pertinência da questão em relação ao objeto e ser capaz de justificar a importância de explorar o tema escolhido para a construção do conhecimento numa determinada disciplina e a sua utilidade para a prática profissional (Fortin, 2009).

A SCE constitui uma temática que está no centro dos debates sobre a formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros sendo incluída na discussão atual das políticas de qualidade das instituições de saúde em Portugal.

Alarcão e Canha (2013) referem que a SCE assume uma posição determinante nas “preocupações com a formação e gestão da prestação de cuidados de saúde e com a avaliação da qualidade dos serviços e desenvolvimento profissional” (p. 34).

A SCE, enquanto processo de acompanhamento das práticas clínicas pelos seus pares, assume relevo no desenvolvimento pessoal e profissional

dos enfermeiros e é perspectivada na atualidade como um pré-requisito essencial à promoção da segurança e qualidade dos cuidados assistenciais (Abreu e Marrow, 2012).

O NHS (2009) afirma que por via da SC é possível melhorar o desenvolvimento profissional, proporcionar apoio profissional e pessoal aos enfermeiros, estimular o desenvolvimento da perícia clínica, promover a inovação e as boas práticas, assegurar a proteção e segurança do cliente e um elevado nível de qualidade nos serviços.

A necessidade de aumentar o conhecimento no que diz respeito à relação da SCE com a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados assistenciais e proteção do cliente (Brunero e Stein-Parbury, 2008; Butterworth *et al.*, 2008; Wright, 2012), despoletou o início de um trajeto de investigação-ação proposto pela ESEP para implementação no CHMA, com a finalidade de otimizar a qualidade e segurança dos cuidados tendo em consideração as necessidades e práticas dos enfermeiros, que adotou a denominação de “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados”, tal como referenciado anteriormente.

A implementação de uma estrutura de SCE no CHMA constitui um projeto inovador em Portugal e é simultaneamente um desafio e uma oportunidade na medida em que, determina um forte envolvimento dos atores intervenientes no processo, oferece a possibilidade de reconhecer em contexto prático os efeitos da SC e permite perspetivar a implementação de um modelo de SCE na ótica dos atores envolvidos, bem como, compreender os seus contributos no desenvolvimento profissional dos enfermeiros e o impacto na segurança e qualidade dos cuidados.

Em Portugal a evidência científica existente sobre SC reporta-se quase exclusivamente ao contexto de ensino clínico em formação profissional inicial, sendo praticamente inexistentes estudos sobre o impacto da implementação de modelos de SCE. A OE (2010) refere a este respeito que “escasseiam os estudos nacionais que suportem evidência ao nível das práticas de supervisão em enfermagem em contexto de indução profissional ou formação profissional contínua” (p. 5) pelo que, a exploração do

fenómeno da SCE e do impacto da implementação de modelos de SCE é essencial para a enfermagem.

Pretende-se a partir do conhecimento e compreensão da perspectiva dos enfermeiros supervisionados sobre a implementação do projeto C-S2AFECARE-Q, contribuir para a clarificação do fenómeno da SCE, obter evidência sobre as vantagens e desvantagens da implementação de um modelo de SCE e fornecer contributos para otimizar a operacionalização da estrutura de SCE no CHMA, de modo a que possa ser incluída nas políticas organizacionais como estratégia potenciadora do desenvolvimento profissional, segurança e qualidade dos cuidados.

## **2.2. Questão de Partida**

Qualquer estudo de investigação tem início com a escolha de um domínio particular de interesse para o investigador e para a disciplina, e com a formulação de uma questão de partida que determina o ângulo sobre o qual será conduzida a investigação.

A pergunta de partida serve de fio condutor da investigação e deve reunir um conjunto de qualidades que permitam trabalhar eficazmente a partir dela, sendo elas a clareza, a exequibilidade e a pertinência (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Neste estudo, a questão de partida foi: “Qual a perspectiva dos enfermeiros supervisionados do CHMA sobre a implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem no âmbito do projeto C-S2AFECARE-Q?”

## 2.3. Questões de Investigação, Objetivos e Finalidade

Numa investigação qualitativa, habitualmente é formulada uma questão central e cinco a sete questões orientadoras “que precisam os temas a explorar nas entrevistas e nas observações” (Creswell, 2003 cit. por Fortin, 2009, p. 296).

As questões de investigação permitem guiar e organizar a estrutura de uma pesquisa e constituem premissas onde se apoiam os resultados de uma investigação (Fortin, 2009).

Dada a amplitude da problemática em estudo, definiram-se as seguintes questões de investigação:

- i. Qual a opinião dos enfermeiros supervisionados sobre a operacionalização do projeto C-S2AFECARE-Q no CHMA?
- ii. Quais os fatores que os enfermeiros supervisionados consideram facilitadores da implementação do C-S2AFECARE-Q no CHMA?
- iii. Quais os fatores que os enfermeiros supervisionados consideram limitadores da implementação do C-S2AFECARE-Q no CHMA?
- iv. Quais os contributos do projeto C-S2AFECARE-Q para os enfermeiros?
- v. Quais os contributos do projeto C-S2AFECARE-Q para o CHMA?
- vi. Quais os contributos do projeto C-S2AFECARE-Q para o cliente?

Definidas as questões de investigação, torna-se necessário definir os objetivos do estudo. O enunciado dos objetivos determina a direção da investigação (Fortin, 2009) e assume o papel de fio condutor (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Os objetivos de um trabalho de investigação devem “indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue” (Fortin, 2009, p. 160) e devem ser formulados de forma precisa de modo a que, possam servir de orientação à tomada de decisão ao longo de todo o percurso metodológico (Polit e Beck, 2011). Assim, nesta investigação pretendeu-se:

- Conhecer a opinião dos enfermeiros supervisionados sobre a operacionalização do projeto C-S2AFECARE-Q;
- Compreender em que medida o Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem implementado contribui para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros;
- Compreender em que medida o Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem implementado contribui para a segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem.

O estudo teve como finalidade contribuir para a definição de estratégias facilitadoras da implementação e adesão ao C-S2AFECARE-Q, enquanto estratégia potenciadora da excelência do exercício profissional e da segurança e qualidade dos cuidados, através da análise e compreensão do processo de operacionalização do projeto, na perspetiva dos enfermeiros supervisionados.

## **2.4. Tipo de Estudo**

Um método de investigação comporta dois elementos: o paradigma do investigador e a estratégia utilizada para atingir o objetivo delineado (Fortin, 2009). “O paradigma do investigador refere-se à sua visão do mundo, às suas crenças, que determinam a perspetiva segundo a qual ele coloca uma questão de investigação e estuda um fenómeno” (Fortin, 2009, p. 27). A estratégia refere-se “à metodologia ou aos procedimentos utilizados pelo investigador para estudar o fenómeno que suscita o seu interesse” (Fortin, 2009, p. 27).

Na atualidade é consensual a definição de dois paradigmas na investigação: o positivista e o naturalista.

O paradigma positivista, também designado por quantitativo teve a sua génese nas Ciências Naturais e está orientado para os resultados e sua

generalização. “O objetivo da investigação quantitativa é estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, predizer resultados de causa e efeito ou verificar teorias ou proposições teóricas” (Fortin, 2009, p. 30).

No que diz respeito à Enfermagem, até meados da década de oitenta do século passado, a produção científica direcionava-se quase exclusivamente para investigações orientadas pelo paradigma positivista e para a mensuração e comparação de fenómenos. Contudo, a evolução de conceitos inerentes à saúde e a percepção da complexidade que envolve os processos de saúde-doença nos indivíduos, suscitou a necessidade, no seio da disciplina, de procurar experimentar novas abordagens metodológicas que possibilitassem a interpretação e compreensão total dos fenómenos em estudo (Martinez, Souza e Tocantins, 2012). Começaram assim a emergir estudos de natureza qualitativa, inseridos no paradigma naturalista, também apelidado de interpretativo.

O paradigma naturalista nasceu no seio das Ciências Humanas, associa-se “a uma concepção holística do estudo dos seres humanos” (Fortin, 2009, p. 31) e prevê uma abordagem compreensivo-interpretativa. Contrariamente ao positivista, que advoga o determinismo e a objetividade, enfatiza a compreensão da experiência humana e afirma que a realidade é subjetiva, porque não existe uma única realidade, e o conhecimento adquirido somente é relevante no seio de uma determinada situação ou contexto, não sendo possível a generalização (Driessnack, Sousa e Mendes, 2007).

Do ponto de vista concetual, a investigação de índole naturalista tem como objeto de estudo intenções e situações concretas tendo por base o método indutivo. “O investigador pretende desvendar a intenção, o propósito da acção, estudando-a na sua própria posição significativa, isto é, o significado tem um valor enquanto inserido nesse contexto” (Pacheco, 1993 cit. por Coutinho, 2011, p. 26).

No paradigma naturalista, a investigação ocorre no ambiente natural do sujeito e “a teoria surge à *posteriori* dos factos e a partir da análise dos

dados, fundamentando-se na observação dos sujeitos, na sua interpretação e significados próprios e não nas concepções prévias do investigador” (Miles e Huberman, 1994 cit. por Coutinho, 2011, p. 26). O investigador integra a evidência para desenvolver uma teoria ou uma estrutura que ajude a explicitar fenômenos pouco conhecidos do ponto de vista da sua significação (Fortin, 2009).

Os estudos de índole qualitativa centram-se na interpretação das relações de significado dos fenômenos (Turato, 2005) e produzem “informações ricas e profundas, que têm o potencial de esclarecer as múltiplas dimensões de um fenômeno complexo” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 30).

Numa investigação qualitativa “o interesse está mais centrado no conteúdo do que no procedimento, (...) a generalização é substituída pela particularização, a relação causal e linear pela relação contextual e complexa, os resultados inquestionáveis pelos resultados questionáveis, a observação sistemática pela observação experiencial ou participante” (Pacheco, 1993 cit. por Coutinho, 2011, p. 27), sendo utilizados “métodos indutivos, holísticos (...) para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a um fenômeno ou a um *setting*” (Morse e Field, 1995 cit. por Turato, 2005, p. 509).

No desenvolvimento de um projeto de investigação é determinante o papel que a metodologia desempenha, dado que os resultados finais são necessariamente condicionados pelo método e forma como se obtiveram os dados (Polit e Beck, 2011). A escolha do método não depende exclusivamente da orientação do investigador e das suas crenças, mas sobretudo, da questão de investigação (Fortin, 2009; Pope e Mays, 2009), devendo o investigador partir para “a sua investigação tendo em mente uma estratégia flexível, adaptada não apenas ao problema que vai investigar, mas também, (...) à forma como vai evoluir o decorrer da pesquisa” (Coutinho, 2011, p. 32).

No contexto português, o fenómeno e a implementação da SCE em instituições de saúde é inovador, pelo que a produção científica nacional



nesta área é escassa (OE, 2010). A abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo pareceu-nos ser a opção mais adequada para dar resposta às questões orientadoras do presente estudo, na medida em que os conhecimentos existentes sobre este fenómeno em Portugal são incipientes.

Este estudo pretende conhecer e compreender a perspetiva dos enfermeiros supervisionados sobre a operacionalização do projeto C-S2AFECARE-Q e a implementação de um modelo de SCE nos Serviços de Medicina e Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos do CHMA. Deste modo, considerou-se a metodologia qualitativa a mais adequada, uma vez que possibilita aprofundar o conhecimento e interpretar a temática em estudo, fazendo “ressaltar o sentido e significação que o fenómeno estudado reveste para os indivíduos” (Fortin, 2009, p. 31), permite “uma compreensão global e alargada do fenómeno” (Fortin, 2009, p. 32) e possibilita ao investigador “descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência” (Fortin, 2009, p. 32), sob o ponto de vista dos participantes.

Por outro lado, a utilização de um desenho do tipo exploratório e descritivo é adequada quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto e quando se procura obter novos conhecimentos, explorar, descrever e caracterizar fenómenos existentes (Fortin, 2009; Coutinho, 2011), o que se adequou à finalidade e objetivos desta investigação.

O desenvolvimento de um estudo de natureza qualitativa pressupõe um corte temporal de um determinado fenómeno por parte dos investigadores. Coutinho (2011) refere que “a investigação é transversal se estuda um aspecto dos sujeitos num dado momento” (p. 37). Deste modo, segundo o alcance temporal, esta investigação classifica-se como transversal, uma vez que a obtenção dos dados ocorreu num único momento a cada participante.

A abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo atende à significação da experiência vivida pelos participantes e permite descobrir

progressivamente temas e categorias que possibilitam explorar e descrever o fenómeno em estudo. Assim, esta opção metodológica afigurou-se-nos adequada para responder às questões de investigação, pois permitiu conhecer e compreender a perspetiva dos enfermeiros supervisionados do CHMA sobre a operacionalização do projeto C-S2AFECARE-Q, nomeadamente sobre o modelo de SCE implementado nos serviços participantes.

## **2.5. Contexto do Estudo**

O estudo decorreu no Centro Hospitalar do Médio Ave, no Serviço de Medicina da UST e no Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos da UVNF.

O Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. foi criado pelo Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro e resulta da fusão do Hospital Conde de São Bento, situado em Santo Tirso e do Hospital São João de Deus, E.P.E. situado em Vila Nova de Famalicão. Trata-se de um Estabelecimento Público do Sistema Nacional de Saúde “de natureza empresarial dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial” (<http://www.chma.pt>), que visa a prestação de cuidados de saúde a cerca de 244.000 habitantes residentes nos concelhos de Santo Tirso, Vila Nova de Famalicão e Trofa (CHMA, 2012).

A instituição tem como finalidade a promoção da saúde, a prevenção da doença e o desenvolvimento científico no âmbito das ciências da saúde e, nos termos do artigo 4º do Regulamento Interno, assume como missão “prestar cuidados de saúde diferenciados, com qualidade e eficiência, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais, com um nível de qualidade, efectividade e eficiência elevadas” (CHMA, 2012, p. 13).

No que se refere ao Serviço de Medicina, este comporta 11 enfermarias e dois quartos individuais, num total de 43 unidades. Das 11 enfermarias existentes, uma delas destina-se ao internamento de doentes com patologia cardíaca descompensada e outra ao acolhimento de doentes em fase aguda de acidentes vasculares cerebrais, sendo designada por Unidade de AVC (Acidente Vascular Cerebral).

O serviço conta com uma equipa composta por 34 enfermeiros na prestação direta de cuidados, distribuídos em regime de rotatividade por três turnos, manhã, tarde e noite, uma enfermeira chefe e um enfermeiro responsável que desempenha essencialmente funções de apoio à gestão. O método de trabalho adotado é o da prestação de cuidados individuais.

Relativamente à formação pós-graduada, o serviço possui cinco enfermeiros com especialização, dois em Enfermagem de Reabilitação, dois em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e um em Enfermagem Médico-Cirúrgica; dois mestres em Enfermagem, um em Cuidados Paliativos e um em Saúde Mental e Psiquiatria e um mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No que diz respeito à formação em SCE, a equipa possui três enfermeiros com um Curso de Pós-graduação em SCE e um mestrando na mesma área.

Por sua vez, o Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos comporta duas áreas estruturalmente distintas: o Internamento e o Bloco de Partos que partilham uma chefia de enfermagem comum.

O Internamento compreende um total de 31 unidades: quatro das quais destinam-se a grávidas de risco, quatro a grávidas em processo de abortamento, 13 a puérperas e 10 a clientes com patologia do foro ginecológico. A equipa de enfermagem desta unidade integra um total de 16 enfermeiros distribuídos em regime de rotatividade por três turnos, manhã, tarde e noite, e pratica o método individual de trabalho. No que se refere à formação especializada, seis dos enfermeiros que exercem funções no internamento são especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, dois estão a concluir o ciclo de estudos na mesma área de especialidade e um enfermeiro é especializado em Enfermagem de Saúde

Infantil e Pediatria. No âmbito da formação pós-graduada em SCE, o internamento conta com três elementos habilitados com um Curso de Pós-graduação em SCE e outro com um Curso de Especialização nesta área.

O Bloco de Partos compreende quatro unidades individualizadas e conta com uma equipa composta por 14 enfermeiros distribuídos em regime de rotatividade por três turnos, manhã, tarde e noite. À semelhança do internamento, praticam o método individual de trabalho. No que diz respeito à formação, a totalidade dos elementos possui especialização na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e dois estão habilitados com um Curso de Pós-graduação na área da SCE.

Todos os enfermeiros, quer do Internamento quer do Bloco de Partos dão apoio às Consultas Externas da especialidade na UVNF e na UST.

Quer o Serviço de Medicina da UST quer o Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos da UVNF integraram anteriormente o estudo de investigação-ação realizado por Cruz (2012). Deste modo, ambos os serviços são contextos familiarizados com temática da SCE e têm desenvolvido esforços no sentido de formalizar uma estrutura de SCE e incluí-la na cultura institucional.

## **2.6. Grupo de Participantes**

Na investigação qualitativa a seleção dos participantes não é aleatória e está dependente do objetivo e natureza do fenómeno em estudo e do contexto envolvente. Os participantes são selecionados tendo em consideração os seus conhecimentos e experiências com o foco da investigação e um conjunto de critérios que garantam uma visão holística e uma descrição rica e densa do fenómeno em estudo (Fortin, 2009). A “investigação qualitativa recorre a uma amostra não probabilística, isto é,

uma amostra não aleatória, respondendo a características precisas” (Fortin, 2009, p. 299).

O tamanho da amostra em investigação qualitativa é definido essencialmente pela complexidade do fenómeno em análise, pela finalidade e objetivos do estudo e pela necessidade de informação relativa ao fenómeno (Polit, Beck e Hungler, 2004). O número de participantes é geralmente pequeno (seis a dez), podendo haver necessidade de o aumentar se o objetivo for elaborar uma teoria (Fortin, 2009).

As diretrizes sobre o tamanho de amostras não probabilísticas são praticamente inexistentes, pelo que a saturação dos dados é útil a nível conceptual e tornou-se o princípio que determina o tamanho das amostras intencionais em pesquisas na área das ciências da saúde (Guest, Bunce e Johnson, 2006).

A amostragem não probabilística não confere a todos os elementos da população a mesma possibilidade de serem escolhidos para constituir a amostra (Fortin, 2009).

Um dos métodos de amostragem não probabilística mais comum em investigações qualitativas é a amostragem por escolha racional. Este método consiste em “constituir uma amostra de indivíduos em função de um traço característico, (...) os indivíduos escolhidos são supostos representar bem o fenómeno raro ou inusitado em estudo e de ajudarem a compreendê-lo” (Fortin, 2009, p. 322).

Partindo destes pressupostos, optou-se por uma amostra não probabilística por escolha racional, constituída por 10 enfermeiros que exercem funções no CHMA, quatro no Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos da UVNF e seis no Serviço de Medicina da UST.

Como critérios de inclusão na amostra definimos:

- Exercer funções no Serviço de Medicina da UST ou no Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos da UVNF;
- Ser enfermeiro supervisionado no âmbito do projeto C-S2AFECARE-Q;

- Ter participado, no mínimo, em três reuniões de supervisão clínica;
- Aceitar participar no estudo.

No que se refere ao critério de inclusão “ter participado, no mínimo, em três reuniões de supervisão clínica”, entendeu-se que o envolvimento dos supervisionados é essencial, e as três reuniões seriam o contacto mínimo admissível para que os enfermeiros pudessem formular uma opinião sobre o projeto, tecerem considerações e posicionarem-se face à sua experiência com o mesmo.

Para além de atender aos critérios de inclusão na amostra, procurou-se obter um leque de experiências profissionais variado e uma diversidade de perfis no que se refere ao tempo de experiência profissional, à formação pós-graduada e experiência no âmbito da SCE.

Nos serviços participantes no projeto C-S2AFECARE-Q, como referido anteriormente, foram constituídas sete equipas de supervisão, cada uma delas composta por um enfermeiro supervisor clínico e 10 enfermeiros supervisionados, três das quais no Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos da UVNF e quatro equipas no Serviço de Medicina da UST. Numa fase inicial do estudo, selecionou-se um enfermeiro supervisionado de cada uma das equipas, contudo após a transcrição das sete entrevistas, verificou-se a necessidade de alargar a amostra devido a não se ter, ainda, atingido a saturação de dados. Selecionaram-se mais três participantes, dois enfermeiros do Serviço de Medicina e um enfermeiro do Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos.

## **2.7. Instrumento e Processo de Recolha dos Dados**

Definido o problema e selecionada a amostra, o passo seguinte no processo de investigação consiste na recolha de dados empíricos originais,

definindo “o que e como vão ser recolhidos os dados, que instrumentos vão ser utilizados, questões fundamentais das quais depende a qualidade científica dos resultados e das conclusões do estudo” (Coutinho, 2011, p. 99).

As abordagens qualitativas privilegiam a análise de microprocessos e os métodos de colheita e tratamento de dados são flexíveis e favorecem o aprofundamento dos conhecimentos sobre os fenómenos (Fortin, 2009).

A entrevista constitui o principal método de recolha de dados em investigações qualitativas e possibilita ao investigador um contacto direto com os participantes, e aceder a uma vasta amplitude de dados e elementos de reflexão muito ricos e matizados (Quivy e Campenhoudt, 2008). “Nas suas diferentes formas, os métodos de entrevista distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e interação humana” (Quivy e Campenhoudt, 2008, p. 191). Trata-se de um método de colheita de dados marcado pela flexibilidade, característica que o individualiza relativamente a outras formas de inquérito e, regra geral, não é estruturada e contempla a inclusão de questões abertas (Coutinho, 2011). O contacto direto que se estabelece entre o investigador e o participante, “possibilita que o primeiro possa adaptar as questões e/ou pedir informação adicional sempre que tal se revele importante” (Coutinho, 2011, p. 101) e facilita a expressão autêntica e profunda dos interlocutores.

Existem diversas variantes de entrevistas, contudo aquela que importa explorar é a semiestruturada, que consiste no método de recolha de dados que possibilita obter informações particulares sobre um tema e permite ao investigador compreender a significação de um fenómeno vivido pelos participantes (Fortin, 2009), e desenvolver intuitivamente uma ideia sobre como eles interpretam aspetos da realidade. A designação de semiestruturada relaciona-se com o facto de se tratar de um método de colheita de dados que não é inteiramente aberto nem encaminhado por um grande número de perguntas precisas e cuja flexibilidade é fraca

diretividade são apontadas como vantagens na recolha de dados (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Savoie-Zajc (2003) define entrevista semiestruturada como sendo:

“uma interacção verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objectivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os temas gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim destacar uma compreensão rica do fenómeno em estudo” (cit. por Fortin, 2009, p. 377).

Na entrevista, o participante “diz «eu», com o seu próprio sistema de pensamentos, os seus processos cognitivos, os seus sistemas de valores e de representações, as suas emoções, a sua afectividade e a afloração do seu inconsciente” (Bardin, 2011, p. 89).

Dotada de um carácter flexível, a entrevista semiestruturada afigurou-se-nos como a estratégia de colheita de dados mais adequada para responder aos objetivos e às perguntas de investigação, tendo sido elaborado um guião de entrevista.

O guião constitui um instrumento determinante, e no decurso da investigação “pode ser afinado (...), algumas questões podem tornar-se mais importantes do que outras, em função da pessoa entrevistada” (Albarello *et al.*, 1997, p. 217), conferindo assim a possibilidade de manifestação espontânea das vivências e percepções dos participantes, sem esquecer a finalidade e os objetivos da investigação.

O guião de entrevista semiestruturada elaborado, compreende 18 questões abertas subordinadas a cada um dos temas de interesse para a investigação e contempla um formulário de autopreenchimento pelo participante com o objetivo de obter dados que permitissem fazer a caracterização sociodemográfica e profissional dos entrevistados (Anexo I).

A bibliografia sugere a realização de um pré-teste para validação do instrumento que tem como finalidade verificar se o guião construído foi formulado com imparcialidade e clareza e se responde aos objetivos do estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004), permitindo ao investigador apurar se



tem competência para dominar a temática em causa (Guest, Bunce e Johnson, 2006).

A primeira entrevista foi realizada a 17 de julho de 2013 e foi efetuada com o intuito inicial de testar a clareza do instrumento, efetuar eventuais ajustes ao guião e permitir o treino e preparação da investigadora. Contudo, a amplitude e profundidade dos dados obtidos, a fluidez que se verificou na interação investigador-participante e a constatação de não haver necessidade de mudanças no guião, permitiu incluí-la no estudo. Deste modo, a colheita de dados decorreu entre 17 de julho e 02 de setembro de 2013. Todas as entrevistas foram realizadas pela investigadora, gravadas em cartão de memória através do recurso a um gravador áudio, que possibilitou o registo absoluto da conversa e a sua posterior transcrição integral.

As entrevistas foram agendadas com antecedência para garantir a sua realização em data, hora e local de preferência do participante, tendo decorrido em espaços reservados ao exercício profissional dos enfermeiros, em ambos os serviços. Tiveram uma duração mínima de 33 minutos e máxima de 120 minutos; em média a duração das entrevistas foi de 59 minutos. Todas foram transcritas na íntegra para suporte escrito informático, respeitando a fidelidade ao discurso, e foram codificadas com recurso à letra “E”, seguida de um número crescente que se relaciona com o momento temporal em que decorreu a entrevista ao participante (E1, E2, E3, *etc.*).

O princípio da saturação dos dados, já descrito anteriormente, esteve na base da decisão de terminar a colheita de dados, com a inclusão de 10 participantes na investigação. A diversidade de situações relevantes foi alcançada, as vivências e percepções dos participantes começaram a repetir-se e a partir desse momento a informação transmitida por cada novo participante seria pouco relevante na medida em que provavelmente não emergiriam novos temas e os dados repetir-se-iam (Streubert e Carpenter, 2002).

## 2.8. Procedimentos Adotados na Análise dos Dados

Na investigação de índole qualitativa, a recolha e a análise de dados são processos simultâneos que se influenciam mutuamente (Coutinho, 2011), exigindo do investigador uma capacidade integrativa e analítica (Martins, 2004).

O carácter aberto e interativo da abordagem metodológica qualitativa, resulta quase sempre na “produção de uma enorme quantidade de informação descritiva que necessita de ser organizada e *reduzida* (...) por forma a possibilitar a descrição e interpretação do fenómeno em estudo” (Coutinho, 2011, p. 192).

A seleção do método e técnicas de análise de dados qualitativos “deve obrigatoriamente proporcionar um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos” (Campos, 2004, p. 611).

A análise de conteúdo é uma “técnica que consiste em avaliar de forma sistemática um corpo de texto (...), por forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados chave” (Coutinho, 2011, p. 193), sendo considerada por Campos e Turato (2009) a estratégia mais adequada para a análise de dados qualitativos. Campos (2004) aponta a técnica de análise de conteúdo como sendo “uma importante ferramenta na condução da análise dos dados qualitativos” (p. 614).

Bardin (2011) refere-se à análise de conteúdo como sendo “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (...) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (...) destas mensagens” (p. 44). Consiste num processo fluido, não linear no qual o investigador “desenvolve a análise movendo-se para a frente e para trás entre os dados originais e as interpretações emergentes” (Pope, Ziebland e Mays, 2009, p. 81).

A análise de conteúdo oscila entre dois pólos e afigura-se como uma estratégia que confere simultaneamente rigor e objetividade à representação dos conteúdos das mensagens, e o avanço fecundo, à custa de inferências interpretativas oriundas dos referenciais teóricos do investigador (Amado, 2000).

Para interpretar, compreender e sistematizar os dados recolhidos neste estudo, a nossa opção recaiu sobre a técnica de análise de conteúdo tomando como referência os princípios definidos por *Laurence Bardin* (2011), que organiza o processo de análise de conteúdo em três momentos sucessivos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento de resultados (inferência e interpretação).

A pré-análise permite estabelecer um primeiro contacto com as informações recolhidas, é considerada a fase de organização dos dados e tem como finalidade “tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise” (Bardin, 2011, p. 121). Esta fase permite, através de uma leitura “flutuante”, identificar temas emergentes nos discursos dos participantes tendo em consideração os objetivos do estudo e “hipóteses ou questões norteadoras em função de teorias conhecidas” (Coutinho, 2011, p. 194).

A segunda fase proposta por Bardin (2011) é a exploração do material que consiste na aplicação sistemática de “operações de codificação, decomposição ou enumeração” (p. 127) sendo considerada a etapa mais longa e cansativa do processo. Nesta fase, decorre o processo de categorização e codificação da informação obtida no terreno, sendo os dados brutos transformados de forma organizada e agregados em unidades que permitem uma representação do conteúdo (Bardin, 2011). Este processo de taxonomia permite “fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto” (Bardin, 2011, p. 147) e criar categorias que devem ser exclusivas, exaustivas, homogêneas, objetivas e pertinentes (Bardin, 2011).

A última fase do processo de análise proposta por Bardin (2011), é o tratamento de resultados, que visa tornar significativos os dados resultantes do processo de tratamento, de modo a dotá-los da capacidade de falarem por si e serem válidos e significativos. Nesta fase o investigador pode deduzir inferências e apresentar propostas de interpretação dos dados, tendo como marcos os referenciais teóricos pertinentes para a investigação e que conferem suporte ao estudo (Coutinho, 2011).

No que se refere ao presente estudo, as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra para suporte digital e gravadas em formato Word®, tendo sido efetuada a marcação numérica das linhas de transcrição, no sentido de facilitar a identificação no discurso dos participantes das unidades de contexto e de registo mais relevantes para o estudo. Obteve-se um total de 137 páginas de discurso produzido pelos 10 participantes.

Depois de transcritas as entrevistas, foi efetuada uma leitura flutuante de todo o material recolhido, o que permitiu apreender e organizar, de forma não estruturada, os aspetos mais relevantes do discurso dos participantes. Seguiu-se um período extenso de leituras mais minuciosas que possibilitaram excluir dados menos relevantes para o estudo e elementos que pudessem identificar o participante, tendo sido constituído o *corpus* de análise e delimitada a informação mais pertinente para o estudo.

Uma vez seleccionadas as unidades de análise, procedeu-se à definição de domínios, identificação de categorias e subcategorias e à classificação e codificação das mensagens dos participantes em unidades de contexto e de registo.

A opção pela categorização não apriorística, fez emergir totalmente do discurso dos participantes as categorias e subcategorias definidas neste estudo, que são simultaneamente, fruto de um processo intenso de construção, desconstrução, reorganização e reflexão, onde a intuição e os conhecimentos teóricos existentes sobre a temática foram a bússola deste processo.

## 2.9. Considerações Éticas

A metodologia qualitativa, mais do que qualquer outra, levanta questões de natureza ética, sobretudo devido à aproximação que se estabelece entre o investigador e os participantes (Martins, 2004) e independentemente do objeto de estudo, deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa (Fortin, 2009).

O desenvolvimento e consecução de um estudo de investigação implicam um forte sentido de responsabilidade e profissionalismo por parte do investigador e um comprometimento sólido com o respeito pelos princípios éticos.

As investigações na área das ciências da saúde envolvem, regra geral, a participação de seres humanos e todo o processo de pesquisa está envolto em questões de natureza ética, às quais o investigador deve atender. A escolha da temática, a formalização do pedido de autorização para realização da investigação às entidades competentes, o recrutamento dos participantes e os procedimentos de recolha, interpretação e divulgação dos dados, são etapas nas quais o investigador não pode descurar o respeito pelos códigos de ética e regulamentos em matéria de investigação (Fortin, 2009).

As preocupações éticas que emergem da prática investigativa, relacionam-se essencialmente com a proteção dos direitos dos participantes do estudo e com o reconhecimento explícito da dignidade como valor central de toda a pessoa (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Fortin (2009) reconhece os seguintes direitos fundamentais dos sujeitos: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Este estudo atendeu aos princípios éticos enumerados e procurou salvaguardar todos os direitos das pessoas envolvidas em todas as fases do processo de investigação. Neste sentido, foi solicitada a autorização para a colheita de dados na instituição hospitalar, através de um requerimento dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do CHMA. Este requerimento foi enviado pela ESEP a seis de dezembro de 2012 e, ao abrigo da parceria com o CHMA, solicita autorização para colheita de dados em vários estudos que pretendem ser um contributo ao projeto C-S2AFECARE-Q, onde se inclui a presente investigação. O requerimento foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da instituição, e o parecer favorável do Conselho de Administração do CHMA foi emitido a 21 de janeiro de 2013 (Anexo II).

Foi, ainda, obtido o consentimento informado de todos os participantes no estudo, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e a Lei da Proteção de Dados Pessoais (Decreto-Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro).

O consentimento livre e esclarecido é a aceitação dada por um indivíduo para participar no estudo e assenta no princípio de que “toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria” (Fortin, 2009, p. 186). Com o preenchimento da declaração de consentimento informado, o investigador assegura que o participante está na posse de toda a informação essencial e que compreendeu aquilo em que se envolve. Para ter validade legal, deve ser obtida de forma livre e esclarecida, respeitando a autonomia da pessoa que deve estar na plena posse das suas faculdades mentais, e deve ter em consideração o direito da pessoa à informação (Freixo, 2011).

Neste sentido, a declaração de consentimento informado elaborada neste estudo, contempla um resumo de elementos que possibilitam a compreensão do projeto de investigação, nomeadamente a contextualização do estudo, os principais objetivos, um conjunto de pressupostos éticos que asseguram o respeito pela dignidade e individualidade da pessoa, e pela confidencialidade e privacidade dos dados

obtidos, bem como, os contactos da investigadora, caso algum dos participantes pretendesse a qualquer momento do processo de investigação um esclarecimento adicional ou mudar a sua decisão (Anexo III). Esta declaração foi fornecida ao participante antes da realização de cada entrevista e foi assinada voluntariamente em duplicado pela investigadora e pelo enfermeiro, ficando um dos exemplares na posse do participante. Foi, ainda, dada oportunidade aos entrevistados de exprimirem dúvidas que quisessem ver esclarecidas em qualquer fase da recolha de dados.

Independentemente do tipo de estudo ou estratégia metodológica que utiliza, o investigador lida permanentemente com questões de natureza ética (Fortin, 2009) e no âmbito da metodologia qualitativa, Saint-Arnaud (2003) refere que, “as entrevistas não dirigidas que têm por finalidade recolher informações pessoais podem, por vezes, quando não se submetem a regras estritas, fornecer indicações bastante precisas sobre a identidade dos participantes” (cit. por Fortin, 2009, p. 181). Deste modo, todos os dados relativos à identificação dos participantes, nesta investigação, foram mantidos sob confidencialidade, de modo a preservar o anonimato e a garantir a sua privacidade, com exceção da investigadora diretamente ligada ao estudo.





### **3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Ao longo deste capítulo iremos proceder à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes seguida da apresentação, análise e discussão do conteúdo das 10 entrevistas realizadas, sob a forma de texto narrativo, onde se incluem unidades de registo/contexto exemplificativas da análise de conteúdo efetuada, tendo em consideração os objetivos e questões de investigação.

A apresentação dos resultados e o paralelismo com a perspetiva de outros autores, está organizada em subcapítulos que derivam diretamente dos quatro grandes domínios que emergiram da análise do discurso dos participantes:

- Contributo do C-S2AFECARE-Q para os Enfermeiros;
- Contributo do C-S2AFECARE-Q para o CHMA;
- Contributo do C-S2AFECARE-Q para o Cliente;
- Avaliação da Operacionalização do C-S2AFECARE-Q.

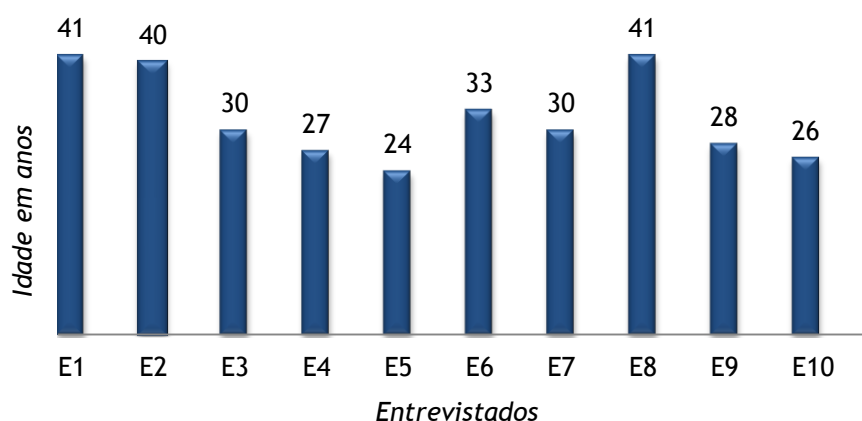
#### **3.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes**

Os participantes do estudo foram 10 enfermeiros, três do sexo masculino e sete do sexo feminino, dos quais quatro exerciam funções no

Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Bloco de Partos da UVNF e seis no Serviço de Medicina da UST.

A idade dos participantes variou entre os 24 e os 41 anos (Gráfico 1), sendo a média de idades de 32 anos. Quanto ao estado civil, 50% dos enfermeiros eram solteiros, e 50% eram casados ou viviam em união de facto.

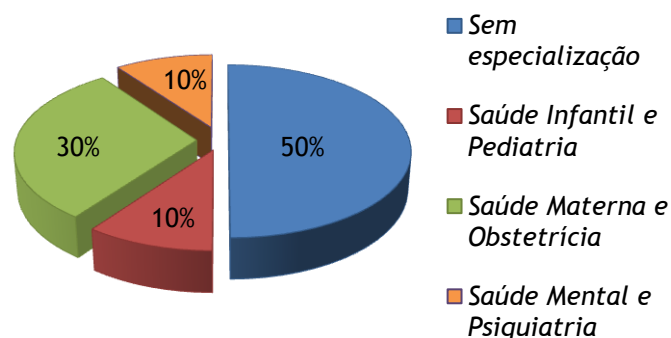
Gráfico 1 - Idade dos enfermeiros



No que diz respeito às habilitações académicas, todos possuíam o Curso de Licenciatura em Enfermagem, três eram detentores do grau de Mestre e um do Curso de Pós-Graduação em Cuidados Continuados Integrados. De referir que nenhum estava habilitado com um Curso de Pós-graduação em SCE.

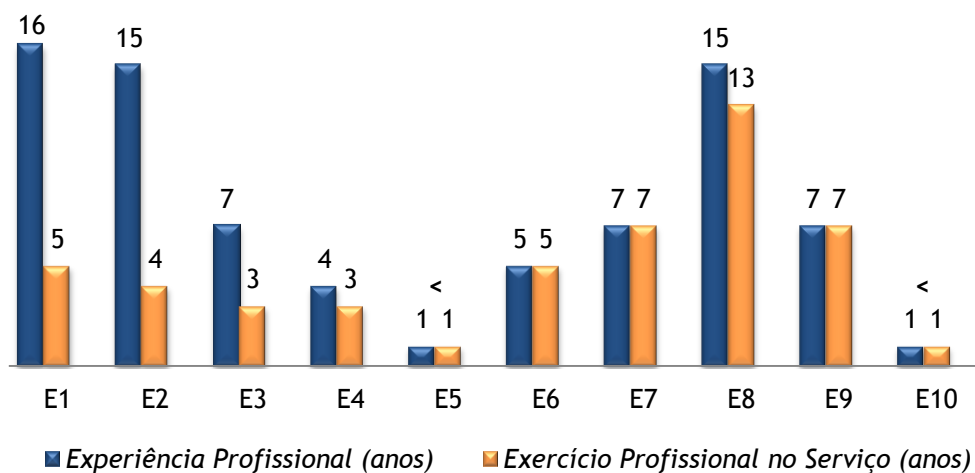
Relativamente às habilitações profissionais, cinco possuíam um Curso de Especialização em Enfermagem, um em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, um em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e três em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Habilitações profissionais dos enfermeiros



O tempo de experiência profissional variou entre os oito meses e os 16 anos, sendo a média de 7,6 anos. No que se refere à experiência profissional no serviço onde exerciam funções no momento das entrevistas, esta oscilou entre os oito meses e os 13 anos (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Experiência profissional e tempo de exercício no serviço



No que concerne à categoria profissional, sete eram enfermeiros e três enfermeiros graduados. Quanto ao vínculo contratual com o CHMA, três dos participantes pertenciam ao quadro dos trabalhadores em funções públicas e sete celebraram contrato individual de trabalho sendo que, seis possuíam contrato por tempo indeterminado e um contrato a termo certo. A totalidade dos enfermeiros tinha um horário em regime de *roulement*.

Quanto à experiência prévia enquanto supervisionados, três dos inquiridos não possuíam qualquer tipo de experiência e sete referiram experiência anterior como supervisionados, classificando-a como tendo sido positiva.

No que diz respeito ao exercício do papel de supervisor clínico, seis dos entrevistados referiram já ter previamente desempenhado funções de supervisão de estudantes em ensino clínico, mas negaram ter exercido esse papel no âmbito da supervisão de pares. Cinco reportaram-se a essa experiência como tendo sido algo de positivo e um classificou-a como indiferente.

### **3.2. Contributo do C-S2AFECARE-Q para os Enfermeiros**

O acompanhamento da prática clínica dos enfermeiros pelos seus pares tem assumido particular interesse no seio das organizações, estando a ser integrada nas políticas institucionais e de gestão da qualidade dos serviços de saúde, por via da responsabilidade (in) direta na sustentação da prática clínica e na promoção da qualidade e segurança dos cuidados assistenciais.

Definida pela OE (2010) como sendo “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (p. 5), a SCE é considerada uma dimensão relevante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, e é perspectivada na atualidade, como um pré-requisito essencial à qualidade e segurança dos cuidados.

A qualidade constitui uma exigência, um atributo e uma dimensão incontornável da prestação de cuidados de saúde. Indissociável da qualidade surge a segurança, na medida em que, para haver qualidade tem

necessariamente que haver segurança, sendo esta última considerada uma dimensão fulcral da qualidade (DGS, 2012).

Estas duas temáticas constituem preocupações incluídas nos planos políticos relacionados com a saúde em Portugal, devendo a SC ser instituída como recurso potenciador da qualidade e segurança dos cuidados, pois o apoio clínico e a formação proporcionada, quer a profissionais quer a estudantes, cria a oportunidade de conhecer, integrar e desenvolver competências, promovendo um atendimento seguro e de qualidade para os clientes e para a comunidade (Abreu e Marrow, 2012).

A SC é perspectivada como uma estratégia para o desenvolvimento profissional e uma forma de facilitar a prática reflexiva e a tomada de decisão clínica. O objetivo é proporcionar um ambiente seguro e confidencial para que os enfermeiros possam refletir e discutir a sua prática clínica, de modo a continuamente adquirirem novas habilidades e conhecimentos numa aprendizagem experiencial (Baylis, 2014).

Por via da SCE é possível melhorar o desenvolvimento pessoal e profissional; proporcionar apoio aos enfermeiros; estimular o desenvolvimento da perícia clínica e a aquisição de competências; monitorizar e salvaguardar padrões de conduta; promover a inovação e as boas práticas; analisar e refletir sobre questões de natureza clínica e incidentes críticos; assegurar a proteção e segurança do cliente e um elevado nível de qualidade nos serviços (Macedo, 2009; NHS, 2009). Baylis (2014) acrescenta que os processos supervisivos permitem aos enfermeiros refletirem, reverem e modificarem a sua prática, discutirem casos, reverem *standards* da profissão e normas de orientação clínica e manterem-se permanentemente atualizados.

São vastos os benefícios atribuíveis à implementação de processos supervisivos nas instituições, contudo, os aspetos mais investigados, relacionam-se com as dimensões formativa e restaurativa da SC (Gonge e Buus, 2011). O impacto da SCE sobre a prevenção do *burnout* e a gestão dos níveis de stresse; o desenvolvimento de estratégias de *coping*; o autoconhecimento, a autoestima e a autoconfiança; o crescimento e

desenvolvimento de competências e autonomia profissional; o aumento dos níveis de conhecimento; a incorporação dos processos reflexivos na prática; o sentido de pertença e coesão profissional e o aumento da satisfação no trabalho e com os cuidados de enfermagem, é avaliado como positivo (Gonge e Buus, 2011; Koivu, Saarinen e Hyrkäs, 2012; Baylis, 2014).

A implementação de estruturas de SC é tida como um meio de melhoria da prática (NMC, 2008) e compreende-se que seja particularmente útil na partilha de experiências clínicas, sentimentos e emoções pois permite criar um ambiente de reflexão e suporte, tornando-se uma valiosa componente de apoio e compreensão das necessidades e anseios dos profissionais (Brunero e Stein-Parbury, 2008). Contudo, importa referir que, os benefícios associados à SCE sustentam-se no compromisso contínuo, quer do supervisor clínico, quer do supervisionado com o processo (Taylor, 2013).

O C-S2AFECARE-Q facultou aos enfermeiros do CHMA tempo para refletirem sobre a prática clínica e desenvolverem competências pessoais e profissionais, com o objetivo de proporcionarem aos seus clientes cuidados de excelência.

No discurso dos participantes esteve presente a afirmação de que o projeto constituiu um contributo com impacto positivo para os enfermeiros e com reflexo no crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, no apoio e suporte, satisfação e valorização profissional, relacionamento em equipa e reconhecimento social da profissão. Face a esta análise emergiram as categorias e subcategorias que apresentamos no quadro 1.

Quadro 1 - Contributo do C-S2AFECARE-Q para os Enfermeiros

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Desenvolvimento Pessoal	
	<i>Formação Contínua</i>
Desenvolvimento Profissional	<i>Prática Baseada na Evidência</i>
	<i>Reflexão e Normalização das Práticas</i>
Apoio e Suporte	
Satisfação e Valorização Profissional	
Relacionamento em Equipa	
Reconhecimento Social da Profissão	

### Desenvolvimento Pessoal

Os participantes entendem que o projeto C-S2AFECARE-Q constitui uma “(...) *uma hipótese de desenvolvimento pessoal* (...)” E3, tendo emergido do seu discurso a categoria Desenvolvimento Pessoal.

Os enfermeiros entrevistados referem-se à implementação do modelo de SC, como um meio promotor do crescimento pessoal e do desenvolvimento de competências sociais:

“Em termos pessoais acabamos por crescer (...) uma forma de crescimento (...) há sempre aquele cuidado da nossa parte de melhorarmos e cada vez sermos melhores (...) eu acho que crescemos (...)” E1; “Como pessoa temos sempre a melhorar. De positivo leva-se sempre boas coisas (...) há sempre aspetos que a ‘gente’ tende a melhorar (...)” E2.

“Viver e exercer uma profissão hoje implica envolvimento pessoal num processo contínuo de desenvolvimento” (Alarcão e Canha, 2013, p. 50). A implementação de processos supervisivos “ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais (...), conhecimentos e valores de humanidade, durante o seu percurso profissional” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 9). Ser enfermeiro é atuar permanentemente em palcos de interação humana, pelo que “é fundamental cuidar e promover contextos

de desenvolvimento social” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 9). Os dados obtidos nesta investigação corroboram o referido pelos autores supracitados.

O crescimento pessoal é enumerado como um benefício imputado à SCE contudo, este aspeto é abordado superficialmente na maioria da evidência científica sobre a temática. Encontram-se referências nos modelos de SC centrados no desenvolvimento, nos quais o supervisor clínico tem um papel facilitador do desenvolvimento do supervisionado, não só do ponto de vista da competência profissional, mas também no que se refere à personalidade (Garrido, Simões e Pires, 2008).

Segundo Austin (2009), a SC contribui para que o supervisionado desenvolva uma visão sobre si mesmo, através da compreensão das suas próprias necessidades e do desenvolvimento de competências no âmbito da inteligência emocional que são facilitadoras da gestão de situações clínicas complexas. A reflexão e troca de experiências contribuem para a criatividade e novas formas de pensar, influenciando a consciência profissional, emocional e moral dos enfermeiros (Akerjordet e Severinsson, 2004).

Enquanto processo pedagógico de crescimento e amadurecimento pessoal, a SCE é considerada fundamental no desenvolvimento de aspetos significativos da inteligência emocional, como a autoconsciência, a responsabilidade, domínio pessoal, compreensão, motivação e capacidade de comunicação (Akerjordet e Severinsson, 2004).

Os participantes, à semelhança do que acontece na evidência mais recente sobre SCE, exploraram pouco o porquê de considerarem os processos supervisivos um contributo para o seu desenvolvimento pessoal. No entanto, não deixaram de afirmar que o C-S2AFECARE-Q:

---

*“Em termos de desenvolvimento pessoal é sempre uma mais-valia (...)”*  
E3; *“(...) é bom, é saudável e faz-nos crescer como pessoas (...) é uma mais-valia (...)”* E4.

---



No estudo realizado por Borges (2013), os supervisores clínicos do CHMA enumeraram a hipótese de desenvolvimento pessoal como uma vantagem decorrente da implementação do C-S2AFECARE-Q. Apesar de serem prismas distintos, é possível estabelecer um paralelismo na medida em que, os supervisionados também referenciaram a possibilidade de crescimento e desenvolvimento pessoal como um contributo do projeto para os enfermeiros.

À semelhança dos supervisores clínicos do CHMA (Borges, 2013), os enfermeiros supervisionados também perspetivaram o projeto C-S2AFECARE-Q no presente e futuro, como sendo um fator influenciador do seu desenvolvimento e crescimento profissional:

.....  
“(...) em termos de desenvolvimento profissional é sempre importante (...) eu acho que todos nós crescemos (...) vou crescer em termos profissionais (...)” E1; “Ajuda-nos como enfermeiros a crescer (...) permite-nos (...) desenvolvermo-nos como enfermeiros (...)” E6; “(...) acaba sempre por influenciar de alguma forma o profissional.” E8.  
.....

E consideraram que a implementação de uma estrutura de SCE tem um papel determinante no exercício profissional dos enfermeiros:

.....  
“(...) é muito importante para o exercício da profissão (...)” E10.  
.....

## **Desenvolvimento Profissional**

Da análise do discurso dos participantes destaca-se o contributo do projeto para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, emergindo, assim, a categoria Desenvolvimento Profissional, que agrega as subcategorias: *Formação Contínua, Prática Baseada na Evidência e Reflexão e Normalização das Práticas*.

O desenvolvimento profissional “assenta num processo sistemático de aprofundamento e reconstrução do conhecimento com vista à melhoria da prática” (Alarcão e Canha, 2013, p. 51) e depende de um sistema de aprendizagem contínua, da partilha de experiências colaborativas e de um forte investimento pessoal e comprometimento com a profissão.

Vivemos na era da globalização, da mobilidade, dos avanços técnico-científicos, da provisoriedade do conhecimento e enfrentamos permanentemente mudanças sistemáticas que nos colocam desafios e nos obrigam a estar preparados para lidar com o imprevisto. Deste modo, o desempenho profissional depende de um processo de formação ao longo da vida e “do acesso à informação e às pessoas potenciado pelas tecnologias da informação e da comunicação” (Alarcão e Canha, 2013, p. 51).

Os contextos de trabalho são espaços privilegiados para a criação intencional de oportunidades de aprendizagem, exercendo grande influência sobre os profissionais na medida em que, promovem mudanças nos domínios, cognitivo, psicomotor e atitudinal (Varandas e Lopes, 2012). Os enfermeiros aprendem na interação com os seus pares, sendo essencial o investimento em estratégias que promovam o desenvolvimento de competências. A SC “surge como aliado nesse propósito, ao definir-se como atividade que acompanha e apoia o processo” (Alarcão e Canha, 2013, p. 52).

Os enfermeiros constituem um grupo profissional representativo nos cuidados de saúde, têm participação ativa e devem assegurar a procura de uma visão da qualidade em saúde contribuindo para o cumprimento do Plano Nacional de Saúde (DGS, 2012). É expectável, que tenham um percurso de desenvolvimento profissional centrado na prática, orientado por uma ação baseada na evidência, com o ativo envolvimento dos contextos de cuidados e educativos no processo de certificação de competências (OE, 2007b).

A par da formação profissional contínua e de uma prática baseada na evidência, a reflexão surge como um requisito à qualidade e constitui uma ferramenta imprescindível para assegurar o cumprimento do Plano Nacional de Saúde, que preconiza o envolvimento de todos os profissionais na promoção de práticas e competências de melhoria contínua da qualidade em saúde (DGS, 2012).

No estudo de Monteiro (2014), o desenvolvimento de competências profissionais em organizações dotadas de estruturas de SCE foi um aspeto

referenciado pelos enfermeiros gestores. Embora sejam perspectivas de diferentes atores envolvidos no processo, os dados obtidos nesta investigação validam o referido pelos enfermeiros gestores do CHMA, que destacaram a função formativa da SCE e a importância da prática reflexiva no percurso profissional dos enfermeiros (Monteiro, 2014).

O crescimento e desenvolvimento profissional foi enfatizado na definição do conceito de SCE pelos enfermeiros no estudo de Cruz (2012). Deste modo, é possível afirmar que a questão do desenvolvimento de competências profissionais é um aspeto central e transversal a todos os atores envolvidos no processo superviso, e que está associado positivamente à implementação de estruturas de SC.

### *Formação Contínua*

Enquanto profissão, a enfermagem não é alheia à transformação social e à evolução técnico-científica que influencia a prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, é imperativo que os profissionais possuam uma base de conhecimentos sólidos e atendam à excelência do exercício profissional.

“O objetivo chave para a maioria das organizações não é aprendizagem mas a prestação de serviços com sucesso. A aprendizagem tem um papel importante para atingir este objetivo” (ICN, 2014, p. 29).

A necessidade de melhorar e desenvolver continuamente é um aspeto central e contribui para um alto nível de desempenho profissional dos enfermeiros como atores em sistemas de saúde “centrados no doente e na população” e “como membros de equipas localmente responsivas e globalmente ligadas” (Frenk *et al.*, 2010 cit. por ICN, 2014, p. 32).

O Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais define como competência o desenvolvimento de processos de formação contínua, num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas (OE, 2012).

A aprendizagem contínua constitui-se assim, como um pilar fundamental, que permite aos enfermeiros apropriarem-se de

conhecimentos no exercício das suas funções, de modo a assegurarem um nível máximo de qualidade de cuidados disponibilizados aos clientes.

No discurso dos participantes está patente a relevância do projeto como veículo promotor da *Formação Contínua*:

---

*“(...) eu já acabei o curso há algum tempo, há coisas que já não estão muito presentes, e mesmo com os estudos que vão sendo feitos, há sempre coisas que vão sendo atualizadas. Se calhar com a Supervisão e com a ajuda do supervisor há coisas em que eles nos ajudam a atualizar (...)” E9; “(...) temos que estar sempre atualizados (...) há sempre ideias novas, há sempre métodos que mudam (...) uma pessoa está em constante inovação (...)” E10.*

---

A enfermagem é constituída por saberes que se originam e se (re) criam na prática através de processos que desenvolvem e transformam o conhecimento, conduzindo a novas aprendizagens. Os nossos resultados corroboram os de diversos investigadores que consideram a SCE como um elemento determinante neste desenvolvimento profissional contínuo na medida em que, promove a aprendizagem ao longo da vida (Wood, 2004) e melhora o conhecimento teórico dos enfermeiros (Hyrkäs e Paunonen-Ilmonen, 2001) possibilitando a incorporação da teoria na prática, contribui para a responsabilização profissional e para o desenvolvimento de conhecimentos e competências (Brunero e Stein-Parbury, 2008).

A formação contínua é essencial na atualidade e constitui uma estratégia de atualização de conhecimentos e práticas, que acompanha o enfermeiro ao longo do seu percurso profissional, contribuindo para a construção do seu conhecimento, formação e desenvolvimento profissional (Pires, 2004), como refere um dos nossos participantes:

---

*“(...) os enfermeiros são peritos em inovar e em fazer coisas diferentes. E por isso acho (...) que é importante [formação contínua] (...)” E10.*

---

A “complexidade e responsabilidade inerentes à prática de enfermagem requerem um desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 21). Para além disso, as

transformações que se operam nos contextos de saúde conferem à educação permanente um papel crucial na medida em que possibilita aos profissionais um desenvolvimento contínuo e a superação de dificuldades com criatividade, empenhamento e participação, viabilizando a ininterrupta melhoria dos serviços de saúde e dos profissionais nele envolvidos (Pisco, 2000).

Quando implementada adequadamente nos serviços de saúde, a SCE representa um instrumento imprescindível no acompanhamento, avaliação e educação permanente da equipa de enfermagem (Santiago e Cunha, 2011).

A aquisição contínua de competências é um processo inacabado e corresponsabiliza todos os atores envolvidos no contexto. Os participantes desta investigação apontaram o desenvolvimento deste projeto como um contributo favorável ao desenvolvimento profissional, do ponto de vista da formação contínua e aquisição de competências, e extensível a todos os enfermeiros independentemente do tempo de experiência profissional:

---

*“(...) é sempre uma mais-valia nós termos estes projetos. Só nos fazem refletir e aumentar/incentivar a nossa aprendizagem (...)” E5; “A supervisão clínica (...) é importante para toda a gente.” E10.*

---

A opinião dos participantes corrobora o estudo de Cruz (2012), no qual os enfermeiros atribuíram ênfase à dimensão da aprendizagem ao longo da vida, considerando-a essencial no desenvolvimento profissional de qualquer enfermeiro e de Taylor (2013), que afirma que a SC é importante, mesmo para enfermeiros com vários anos de experiência profissional, na medida em que, confere tempo para reflexão sobre a prática e promove o autoconhecimento e o desenvolvimento de competências e habilidades.

Por outro lado, os enfermeiros com mais anos de experiência profissional podem constituir uma mais-valia na SC de grupo, porque segundo a mesma autora, adotam uma postura altruísta numa tentativa de ajudar os seus colegas a superarem situações clínicas complexas (Taylor, 2013), aspetos que são essenciais no desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

## *Prática Baseada na Evidência*

A Prática Baseada na Evidência (PBE) consiste num “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar” (ICN, 2012, p. 10).

Os participantes consideraram o C-S2AFECARE-Q como uma oportunidade de promover e estimular a procura da melhor evidência disponível para informarem a tomada de decisão enquanto profissionais:

---

*“A supervisão clínica ajuda muito a que os enfermeiros tenham uma prática baseada na evidência (...) ajuda-nos a procurar a evidência e ajuda-nos a pautar a nossa prática baseada nessa evidência com o objetivo de praticarmos cuidados com excelência e que sejam significativos para as pessoas. (...) ajuda e vai continuar a ajudar a guiar o meu percurso profissional por uma prática baseada na evidência. (...) a manter-nos sempre à procura da prática baseada na evidência (...)” E2.*

---

Os enfermeiros sugerem, ainda, que a implementação de uma estrutura de SCE constitui um fator impulsionador de uma PBE:

---

*“Faz-nos falta (...) debater também um bocado a prática baseada na evidência e trabalhar com conhecimentos baseados não só na nossa experiência do dia-a-dia.” E3; “(...) ajuda-nos a atualizar mais os nossos conhecimentos, de forma a que a nossa conduta seja baseada na evidência, seja a mais correta para o doente.” E9.*

---

A este propósito Ruland (2010) refere que a PBE “ajuda o processo de decisão, tornando-o sistemático e visível (...), pode aumentar a qualidade de decisão, reduzir a possibilidade de erros e divergências e aumentar a probabilidade de implementação de novas práticas” (cit. por ICN, 2012, p. 10), no sentido de promover um ambiente de prática profissional de qualidade onde as necessidades dos enfermeiros e objetivos individuais de saúde dos seus clientes são assegurados.

No discurso dos participantes está patente a preocupação em serem detentores de um corpo de conhecimentos e de um conjunto de habilidades que permitam oferecer aos seus clientes um leque intervenções baseadas em evidência científica recente em todos os aspetos dos cuidados.

A SCE, na sua vertente formativa, é apontada como um fator promotor do desenvolvimento de competências e de atualização dos conhecimentos dos enfermeiros (Teasdale, Brocklehurst e Thom, 2001), sendo particularmente relevante no crescimento profissional de uma disciplina iminentemente prática onde os processos reflexivos e a incorporação de novos conhecimentos é fundamental para uma prática significativa e construtiva (ICN, 2012).

Um dos benefícios atribuído à SCE prende-se precisamente com o processo educativo, com a promoção de uma prática baseada na evidência e o desenvolvimento do conhecimento profissional (The Chartered Society of Physiotherapy, 2005), no sentido de impulsionar a inovação na prática clínica tendo em consideração o interesse dos clientes (NHS, 2009).

A aquisição de conhecimentos e competências necessárias ao desempenho do exercício profissional com um elevado nível de proficiência constitui uma preocupação não só das instituições responsáveis pela certificação da qualidade, mas também do próprio profissional (Garrido, Simões e Pires, 2008), que reconhece que a prática deve ser continuamente revista e questionada e a tomada de decisão baseada na melhor evidência disponível (Craig e Smyth, 2004).

Para o desenvolvimento da prática dos enfermeiros, “o ambiente clínico deverá ser um local onde as ideias, inovações e evidência são valorizadas” (ICN, 2012, p. 26) pelo que, o projeto C-S2AFECARE-Q, afigurou-se aos participantes como uma janela de oportunidade para promover uma prática baseada na evidência mais recente e como um meio facilitador da incorporação deste método no dia-a-dia dos enfermeiros.

## *Reflexão e Normalização das Práticas*

A prática reflexiva é uma forma de promover a aprendizagem e a sensibilidade às mudanças no ambiente e à inovação da prática, e permite aos enfermeiros manterem-se aptos e atualizados (Baylis, 2014), sendo na atualidade percebida como um elemento-chave do exercício profissional (ICN, 2012).

Para a SC, a prática reflexiva é central na aquisição, manutenção e melhoria do desenvolvimento profissional (Collins, 2007 cit. por Stewart e Terry, 2014) e contribui positivamente para a resolução de dissonâncias cognitivas ou emocionais, sendo considerada um mecanismo auto protetor que permite reforçar a prática profissional (Ruch, 2009 cit. por Stewart e Terry, 2014).

A reflexão entre os pares requer apoio e liderança e determina a necessidade de disponibilizar tempo longe da área clínica para que o grupo possa reunir regularmente de modo a estabelecer um elevado grau de confiança e confidencialidade entre os seus elementos, no sentido de assegurar um ambiente criativo e desafiante que promova o crescimento do grupo no seu processo (ICN, 2012).

O C-S2AFECARE-Q proporcionou aos enfermeiros reuniões regulares, momentos de contacto privilegiado, longe do contexto clínico e portanto, menos suscetíveis a perturbações inerentes à jornada de trabalho diária, que se constituíram espaços de discussão e reflexão da sua prática clínica:

---

*“(...) esse período de reflexão vai-nos ajudar a fazer cada dia melhor (...)” E7.*

---

No discurso dos participantes é evidente a necessidade de diálogo, partilha e reflexão conjunta sobre os cuidados disponibilizados aos clientes.

A disponibilização de tempo para os elementos de cada equipa de supervisão reunirem, *“(...) ajuda as pessoas a refletirem sobre o seu trabalho (...)” E2* e proporciona espaços de *“(...) partilha de experiências (...)” E3.*



A identificação da subcategoria *Reflexão e Normalização das Práticas* decorre da presença no discurso dos participantes desta necessidade de reflexão sobre a prática clínica e de um reinvestimento na profissão com o objetivo de promover padrões de qualidade:

.....  
“(...) os enfermeiros precisam de discutir os cuidados prestados ao doente, discutir todo o tipo de situações (...)” E10; *partilhar conhecimentos (...) debater em conjunto (...)* E3; “(...) discutir, refletir sobre a prática, conseguir sempre melhorar aquilo que fazemos (...)” E8.  
.....

Esta foi uma ideia presente no discurso dos entrevistados e denota uma necessidade de criar espaços que permitam aos enfermeiros refletirem sobre a sua ação, dados que corroboram o que referem outros investigadores: “é necessário permitir ocupar mais tempo para a reflexão, discussão e análise das actividades desenvolvidas no decurso da prática clínica” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 30).

Usufruir de tempo para refletirem sobre a sua ação e definirem padrões de atuação de qualidade, são aspetos essenciais ao desenvolvimento de competências e à afirmação de uma identidade profissional. O Departamento de Saúde do Reino Unido refere que a prática reflexiva é “um elemento essencial na prossecução do desenvolvimento da profissão de enfermagem” (DoH, 1999 cit. por Abreu, 2007, p. 164) estando intrinsecamente ligado aos processos supervisivos.

A preocupação e o desenvolvimento de esforços por parte dos enfermeiros no sentido de padronizar modos de atuação no contexto clínico, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade foi outro aspeto presente no discurso dos inquiridos:

.....  
“(...) fazer-nos pensar mais uniformemente, não fugindo ao pensamento crítico (...) debater ideias (...) termos todos a mesma linha de conduta, seguirmos todos a mesma linha (...) sentarmo-nos, falarmos e vermos (...) qual seria a melhor forma de atuar (...)” E4; “Temos tentado padronizar (...) estes registos, para termos um bocadinho mais de rigor e (...) uniformidade dentro da equipa (...)” E6.  
.....

O uso de sistemas taxonómicos de enfermagem, como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), facilita o processo de padronização dos registos e permite aos enfermeiros a definição de diagnósticos e intervenções de enfermagem consistentes com a definição e comuns a todos os profissionais.

No CHMA, os registos de enfermagem são efetuados com base na CIPE®, que é uma ferramenta que facilita aos enfermeiros a documentação padronizada do seu processo de enfermagem e a constituição de um resumo mínimo de dados comparáveis e úteis na visibilidade dos ganhos em saúde dos clientes pelas intervenções dos enfermeiros. Deste modo, a padronização dos registos de enfermagem constitui um domínio importante na atualidade, na medida em que permite sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado (OE, 2007c), e ao qual os enfermeiros do CHMA não são indiferentes.

Por outro lado, o cuidar exige confiabilidade por parte dos clientes, que devem estar convictos que acedem a informação e cuidados de enfermagem consistentes e coerentes, e a práticas seguras e eficazes. A uniformização da linguagem e dos cuidados é um requisito à interação enfermeiro-cliente e uma componente fundamental na manutenção de ambientes clínicos eficientes, seguros e de qualidade.

A oportunidade de debater a prática clínica em ambientes privilegiados de reflexão entre os pares é considerada pelos participantes uma mais-valia, não só para a equipa de enfermagem, mas também para o próprio cliente:

---

*“Eu posso fazer de uma maneira e a colega fazer de outra e isto de poder discutir, pode trazer benefícios para toda a gente (...) eu poderia fazer de uma maneira e se calhar a da colega será mais fiável e mais correta. Uniformizar mais os cuidados, porque uma pessoa chega a um doente e um dia faz «x» e depois no dia seguinte faz «y», eu não acho o mais correto (...)” E10.*

---

O discurso dos entrevistados corrobora o que refere a OE (2001) no que concerne à qualidade das práticas profissionais: “a qualidade exige reflexão sobre a prática - para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados” (p. 5).

As reuniões de SC permitem aos enfermeiros pensarem e refletirem sobre as experiências clínicas mais relevantes, partilhando-as com os elementos do grupo ou com o supervisor clínico. “A reflexão é parte integrante no processo e no propósito da SCE, mas não é sinónimo” (Cruz, 2012, 108).

A partilha de experiências possibilita o aprofundamento do grau de compreensão e a identificação das áreas mais suscetíveis, que requerem a implementação de medidas de melhoria contínua da qualidade (Brunero e Stein-Parbury, 2008). A reflexão na ação, sobre a ação e para a ação, permite aos profissionais estarem mais atentos às necessidades de cuidados e contribui para a sistematização dos cuidados de enfermagem, aspeto que foi enumerado pelos enfermeiros:

.....  
“(...) acabamos por refletir sobre determinadas situações (...) ou determinadas dúvidas (...) discutindo, refletindo e retirando essas dúvidas (...) acaba por colmatar algumas deficiências (...)” E8.  
.....

A reflexão sobre a prática e a uniformização dos cuidados foram aspetos defendidos pelos enfermeiros supervisores clínicos do CHMA como vantagens decorrentes da implementação do modelo de SC (Borges, 2013). Os supervisionados partilharam uma opinião idêntica à dos supervisores clínicos e destacaram este aspeto como um importante contributo para os profissionais.

Os enfermeiros “lidam com pessoas que, devido à sua situação, exigem uma intervenção responsável, personalizada e consistente, e não uma acção mecânica e estandardizada” (Jarvis, 1992 cit. por Abreu, 2007, p. 146) e, é no confronto com a ação, refletindo e exercendo a profissão, que os mesmos constroem a sua aprendizagem em ciclos sucessivos de reflexão sobre questões que emergem da prática (Alarcão e Canha, 2013).

A SCE é importante, pois faz da prática reflexiva uma realidade (McColgan e Rice, 2012) e permite desenvolver condições para que a reflexão sobre os cuidados decorra num ambiente de apoio pessoal e profissional, aspetos que emergiram no discurso dos participantes.

A partilha de vivências clínicas complexas, de sentimentos e percepções decorrentes da interação com situações emocionalmente desgastantes como a morte, a perda, a dependência e a dor, ajuda os enfermeiros a perceberem que não estão sozinhos, promove sentimentos de segurança e autoconfiança, sendo essencial o papel do supervisor clínico e dos pares no apoio e suporte aos profissionais (Walker, 2009).

De facto, a evidência sugere que os enfermeiros necessitam de apoio e suporte no seu exercício profissional, para conseguirem enfrentar as exigências e pressões oriundas dos contextos de trabalho (Dean, 2013).

## **Apoio e Suporte**

A categoria Apoio e Suporte emergiu da presença de informação no discurso dos participantes, que destaca a importância do processo superviso na vertente restaurativa:

---

*“(...) com os supervisores, acabamos por refletir sobre (...) angústias (...) dúvidas (...) relacionadas com a gestão das emoções (...) ao ter noção de que aquele elemento está com dúvida ou que se sente menos motivado por qualquer motivo (...) há determinados elementos que precisam de um auxílio maior em determinadas áreas e faz parte do trabalho do supervisor e do modelo de supervisão [apoio e suporte] (...)” E8.*

---

A implementação de estruturas de SCE deve possibilitar ao supervisionado ter emoções e sentimentos ajustados e adequados ao seu exercício profissional e o apoio por parte dos colegas é considerado uma condição essencial ao bem-estar social e psicológico dos profissionais (Kristensen, 1999 cit. por ICN, 2007), aspeto corroborado no discurso dos nossos participantes.

Na vertente restauradora, a SCE ajuda os enfermeiros a lidarem com a ansiedade e sentimentos negativos relacionados com o trabalho, promovendo a resiliência (Dean, 2013).

Os entrevistados consideraram fundamental “(...) *dar a oportunidade aos enfermeiros de exprimirem as suas dúvidas, as suas motivações, as suas angústias, as suas fraquezas em termos pessoais (...)*” E8 e observaram na figura do supervisor clínico, o apoio e suporte que necessitam no seu dia-a-dia:

---

*“(...) o supervisor deve ir acompanhando e ser o amigo, o profissional que está ao lado e que está a partilhar experiências e a ver o que está a correr menos bem (...)*” E2; *“(...) uma pessoa sente sempre (...) dificuldades (...) e eu acho que o facto de termos uma pessoa [supervisor clínico] a quem podemos recorrer se tivermos alguma dúvida, isso para além de me fazer sentir mais segura (...) ajuda-me a ter mais confiança (...)*” E10.

---

O supervisor clínico deve ajudar os supervisionados a explorarem e clarificarem pensamentos, sentimentos e crenças relacionadas com aspetos da prática clínica, e deve atender às necessidades individuais e do grupo promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional (NHS, 2009).

Santiago e Cunha (2011) referem que, a relação supervisiva deve desenvolver-se num ambiente dinâmico e produtivo, onde haja confiança mútua e o enfermeiro supervisor clínico deve ser capaz de incentivar o supervisionado a tornar-se um elemento ativo e comprometido com o seu processo de desenvolvimento.

A relação supervisiva é uma interação de troca recíproca e bidirecional que permite o desenvolvimento pessoal e profissional quer do supervisionado, quer do próprio supervisor, aspeto corroborado por um dos entrevistados:

---

*“(...) tanto o supervisor como o supervisionado podem ganhar (...) pode ser uma mais-valia a relação supervisor-supervisionado (...) ao trocar experiências, ao debater um problema, ambos têm a ganhar com isso, tanto a nível profissional (...) como a nível pessoal (...)*” E2; *“(...) vou*

---

*crescer em termos profissionais e a enfermeira [supervisora clínica] também provavelmente irá aprender comigo muitas coisas (...)*” E1.

---

A SCE “compreende o suporte necessário para que o supervisionado se adapte ao conjunto de «pressões» oriundas dos seus múltiplos contextos envolventes” (Abreu, 2007, p. 191) e permite “gerir as suas emoções, face às situações complexas com que se confronta” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 22), contribuindo para melhorar a prática através de uma maior compreensão, resolução de problemas e apoio emocional aos enfermeiros (Jones, 2003).

As relações de apoio devem existir e constituem a chave para garantir ambientes de trabalho favoráveis, onde os enfermeiros queiram permanecer (Mills, Francis e Bonner, 2005).

*“(...) a equipa, as pessoas iriam sentir-se (...) mais protegidas, com mais suporte (...) hoje em dia quem acaba um curso e vai para o mundo do trabalho, vai completamente desamparado e quem está a trabalhar, por estar cansado, por ter passado pelo mesmo (...) não dá o suporte necessário a essas pessoas (...)”* E4; *“(...) permite-nos (...) explorar as nossas falhas, expormos as nossas dúvidas, os nossos preconceitos, as nossas questões éticas, morais (...) e conseguirmos um feedback da equipa de enfermagem, da equipa de supervisão (...) expormos o nosso interior, os nossos males (...) aliviar-nos um bocadinho a pressão (...)”* E6.

---

O discurso dos participantes corrobora o que referem alguns investigadores sobre a função restauradora da SCE. Os processos supervisivos proporcionam ao supervisionado apoio e suporte, contribuindo positivamente na gestão do stresse (Sirola-Karvinen e Hyrkäs, 2006). Este é um benefício apontado pelos enfermeiros como sendo dos mais relevantes (Butterworth *et al.*, 2008) pelo que, é possível afirmar que os dados obtidos nesta investigação estão de acordo com a evidência.

## Satisfação e Valorização Profissional

Outro aspeto amplamente referenciado pelos participantes é o contributo da SCE para a melhoria dos níveis de satisfação e para a valorização profissional:

.....  
“A supervisão (...) ajuda a melhorar a satisfação das pessoas (...) ajuda a que o grau de satisfação do enfermeiro aumente (...) os (...) profissionais sentem-se mais satisfeitos (...)” E2; “(...) é ótimo porque vai haver maior satisfação (...) da equipa (...)” E7.  
.....

“A satisfação profissional está relacionada com a forma como os enfermeiros se sentem no que respeita à sua vida laboral” (ICN, 2007, p. 17) e depende não só de questões económicas e sociais, mas também de um ambiente de trabalho adequado.

Os entrevistados reconheceram o C-S2AFECARE-Q como um fator que contribui para a criação de um ambiente de trabalho onde as pessoas individualmente se sentem mais satisfeitas e valorizadas pelo seu exercício profissional:

.....  
“(...) maior satisfação no desempenho das tarefas e dos cuidados dos enfermeiros (...) E8; “(...) sinto-me mais realizada (...)” E1; “(...) a equipa, as pessoas iriam sentir-se individualmente (...) mais valorizadas (...)” E4.  
.....

Os principais fatores causadores de insatisfação profissional são a remuneração inadequada, as más condições de trabalho, onde se inclui a falta de equipamento, e a formação ou qualificações inadequadas (Awases *et al.* 2003 cit. por ICN, 2007).

Em Portugal, vivenciamos uma crise económico-social que afeta particularmente os salários dos funcionários do setor público. Em consequência desta perda remuneratória, verifica-se inevitavelmente um clima de insatisfação entre os profissionais. Não obstante a perda salarial a que estão sujeitos, os enfermeiros entrevistados afirmaram que o projeto constitui um contributo favorecedor da satisfação e que concorre para a valorização do seu exercício profissional.

A SCE é apontada como um processo que contribui para o aumento da satisfação profissional (Abreu, 2007; Gonge e Buus, 2011) e a evidência sugere que, enfermeiros mais satisfeitos são mais eficientes e prestam cuidados mais eficazes (Hykäs e Paunonen-Ilmonen, 2001; Willson, Fawcett e Whyte, 2001), aspeto que foi corroborado no discurso dos participantes:

---

*“As pessoas vão andar mais satisfeitas, quem está mais satisfeito no trabalho, trabalha melhor, faz as coisas com mais brio, faz as coisas com melhor discernimento, consegue fazer as coisas bem melhor!” E6.*

---

Este aspeto presente no discurso dos entrevistados é central e corrobora o que a evidência sugere relativamente à satisfação profissional: “reflecte-se numa melhor identificação com os objectivos da organização e com o seu projeto” (Abreu, 2007, p. 204) e favorece a prossecução dos objetivos institucionais no âmbito da segurança e qualidade dos cuidados assistenciais.

A satisfação no trabalho está relacionada não só com a qualidade do apoio/suporte disponibilizado pelo supervisor clínico, mas também com outros fatores como a situação de emprego, a gestão, o trabalho por turnos e o tempo disponível para a SC (Hykäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja, 2006).

Embora a satisfação com a SCE não seja um fator determinante da satisfação no trabalho, os autores apontam-na como um indicador preditivo de satisfação com outros aspetos intrínsecos ao trabalho (Hykäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja, 2006).

### **Relacionamento em Equipa**

No discurso dos entrevistados destaca-se, também, o reconhecimento do benefício da implementação do modelo de SC sobre o relacionamento em equipa.

Os enfermeiros consideraram o C-S2AFECARE-Q como uma oportunidade que propicia o diálogo, promove o entendimento em equipa e contribui para a melhoria das relações entre os pares, enfatizando o



reconhecimento do benefício do modelo de SC sobre o relacionamento em equipa:

---

*“Vai haver mais diálogo entre nós (...) vai proporcionar um melhor entendimento em equipa (...) é um recurso que provavelmente irá dar bons frutos e um melhor relacionamento entre a equipa (...)” E5; “(...) uma relação melhor entre colegas de equipa (...) não precisamos de falar de tudo diretamente de enfermagem (...) mas o facto de termos (...) tempo para conversar, dialogar, dizer disparates... esse tipo de coisas, a relação torna-se melhor.” E10.*

---

A importância do projeto para a otimização do Relacionamento em Equipa suporta os resultados de outras investigações (Cruz, 2012; Tavares, 2013), em que os enfermeiros atribuíram relevância à SCE, por via da constatação de uma melhoria no relacionamento em equipa.

A necessidade de diálogo é reconhecida na enfermagem (Botti *et al.*, 2006) e a evidência percebe a SC como um “fórum de apoio” aos profissionais, motriz do diálogo compartilhado e com contributos positivos na valorização profissional (Cleary e Freeman, 2005; Kilcullen, 2007).

A opinião dos participantes consubstanciou esta evidência dado que, afirmaram a importância do diálogo e a influência positiva que detém no relacionamento em equipa.

Os entrevistados evidenciam, igualmente, o contributo do processo supervisivo para a harmonização das relações, por via da partilha de experiências e do conhecimento interpessoal decorrente da interação entre os pares nas reuniões de SC:

---

*“As relações pessoais estão um bocadinho melhores, porque falamos (...) mais uns com os outros. (...) a harmonia das relações do serviço (...) melhorou alguma coisa, por via destes encontros, por via destas reflexões, por via destas discussões, por via de expormos as nossas dúvidas, as nossas questões, tudo isto melhora um bocadinho porque também ficamos a conhecer um bocadinho os outros (...)” E6; “(...) só pelo facto de nós termos as reuniões e conseguirmos discutir as coisas*

---

*(...) isso também (...) ajuda a perceber a perspectiva dos colegas e a forma como é que vamos lidar com os próprios colegas (...)*” E3.

---

A relação é a dimensão central no processo de supervisão e nesse sentido, Williams e Irvine (2009) referem que o compromisso que se estabelece entre supervisor e supervisionado, influencia positivamente as relações profissionais entre os membros da equipa, aspeto que foi validado no discurso dos participantes.

Por outro lado, a comunicação aberta é tida como um suporte aos enfermeiros (Stenner e Courtenay, 2008) e confere a oportunidade de desenvolver práticas coerentes e consensuais num ambiente colaborativo (Bondas, 2010 cit. por Dilworth *et al.*, 2013).

A implementação de processos supervisivos facilita a construção de relações e promove ambientes de abertura e honestidade onde a crítica e o questionamento da prática são perspetivados construtivamente (NHS, 2009). Neste âmbito, a SCE assume um papel facilitador na troca de experiências e expressão de sentimentos relacionados com o ambiente laboral, aspetos que contribuem favoravelmente para a diminuição de sentimentos de isolamento e angústia entre os profissionais, o que tem impacto sobre o relacionamento interpessoal e profissional (NHS, 2009).

Um dos participantes foi mais além e afirmou que a SCE é vantajosa para os enfermeiros não só a nível do microssistema (equipa) mas também do ponto de vista macro, pois exerce influência sobre a própria profissão, constituindo-se como um contributo para que haja *“(...) mais união entre a enfermagem (...)*” E4.

Como elemento subsidiário à melhoria do relacionamento em equipa, esteve o reconhecimento do contributo da SCE para a resolução de problemas e conflitos. Para os participantes, o projeto ajudou na resolução dos conflitos e por via (in) direta contribuiu para a harmonização das relações:

---

*“(...) bom para a equipa por causa da resolução de conflitos (...) os conflitos são resolvidos a bem, eu acho que têm sido resolvidos a bem (...) acaba por ajudar a resolver os conflitos (...)*” E9.

---

Estes dados corroboram os resultados de outros investigadores (Cruz, Carvalho e Sousa, 2012; Tavares, 2013), que concluíram que os enfermeiros consideram que a SCE é uma forma de ajudar a resolver os problemas. Para além disso, a opinião dos enfermeiros reforça a evidência sugerida por Stevenson (2005 cit. por Taylor, 2013), que refere que a SC de grupo contribui para o desenvolvimento de companheirismo e coesão entre os pares, melhorando aspetos inerentes ao trabalho e relacionamento em equipa.

O impacto da SCE sobre a comunicação entre os pares e sobre a resolução de problemas permite melhorar o relacionamento em equipa e contribui favoravelmente para a satisfação dos enfermeiros, na medida em que o seu exercício profissional decorre num ambiente colaborativo, de maior compreensão e apoio, o que concorre para a melhoria contínua da qualidade.

### **Reconhecimento Social da Profissão**

Os participantes admitiram, ainda, que o C-S2AFECARE-Q contribuiu para o Reconhecimento Social da Profissão, tendo sido considerado um fator que permite “(...) *fazermos valer a nossa posição como enfermeiros, como prestadores de cuidados.* (...)” E6.

Nesse sentido, referiram a relação entre a implementação de processos supervisivos e a afirmação da identidade profissional nas organizações de saúde e na sociedade em geral:

.....  
“*Permite-nos (...) fazer ver a muitas e boas pessoas (...) que as coisas são mais (...) do que o doente da cama vinte, com uma insuficiência cardíaca e com antecedentes de Y (...)*” E6.  
.....

O discurso dos participantes reforça o que Rowell (2003) referiu a propósito dos enfermeiros: “enquanto profissionais, os enfermeiros precisam de um ambiente para a prática que reconheça o mandato social e de saúde da sua disciplina” (cit. por ICN, 2007, p. 11).

Os entrevistados reportaram-se à enfermagem como uma profissão que necessita afirmar-se por via do conhecimento, constituindo um corpo de saberes próprios que fundamente as suas intervenções e que torne os enfermeiros, profissionais socialmente reconhecidos pela natureza e utilidade do seu exercício profissional:

---

*“(...) em termos de profissão acho que é sempre bom organizarmo-nos, (...) acho que somos uma profissão um bocadinho desorganizada (...) conseguirmos afirmar-nos também um bocado como profissão em termos de fundamentos (...)” E3.*

---

“Quando os enfermeiros têm pouca oportunidade de terem uma palavra a dizer no cuidado dos doentes, sentem que a sua experiência não é valorizada” (ICN, 2007, p. 15), o que pode comprometer a qualidade dos cuidados disponibilizados, aspeto que esteve patente no discurso dos inquiridos.

Neste sentido, a SCE foi perspectivada pelos enfermeiros como sendo uma *“(...) hipótese de desenvolvimento (...) em termos de carreira e daquilo que podemos ganhar enquanto profissão (...)” E3* e um contributo para a união profissional, na medida em que *“(...) vai-nos fazer remar todos no mesmo sentido, coisa que ainda não existe na enfermagem (...)” E4.*

“Os enfermeiros partilham um atributo que os define: são profissionais empenhados que abraçam uma filosofia holística de cuidados. Esta característica, talvez mais do que qualquer outra, modela as suas expectativas e enquadra-os nos ambientes de trabalho desafiadores de hoje em dia” (ICN, 2007, p. 11).

São profissionais que trabalham em todos os serviços, com todo o tipo de clientes, famílias, comunidades, técnicos de saúde e profissionais de outros setores. Assim, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada que permite fornecer soluções criativas e inovadoras que podem fazer toda a diferença na vida das pessoas, organizações, comunidades e mesmo na própria profissão (ICN, 2009), devendo fazer-se valer dessa posição e da fundamentação das suas intervenções para o reconhecimento social da profissão.

Um profissional define-se por ser detentor de conhecimentos baseados em princípios científicos, pela responsabilidade intelectual e individual, autonomia, investigação, colegiatura, colaboração e inovação (RNAO, 2006).

O reconhecimento social da profissão foi um aspeto que preocupou os enfermeiros entrevistados, que perspetivaram no C-S2AFECARE-Q uma janela de oportunidade e um meio facilitador desta afirmação profissional.

### **3.3. Contributo do C-S2AFECARE-Q para o CHMA**

Historicamente tem-se verificado na área da saúde uma crescente preocupação com a segurança e qualidade, e uma cultura de exigência em torno dos cuidados de saúde que se prende com “o desenvolvimento das doutrinas sociais, o aumento das liberdades e o inegável aumento do poder económico de camadas crescentes da população” (Fragata e Martins, 2008, p. 16).

As expetativas da população em torno da saúde e a noção “de que todos têm de ter acesso a cuidados de saúde - *equidade no acesso* - e que esses cuidados devem ser de elevado nível - *excelência*” (Fragata e Martins, 2008, p. 16) conduziu a um advento da Qualidade em Saúde, que se define pelo encontro entre o nível de serviço prestado e o teor das expetativas geradas nos clientes (Fragata e Martins, 2008).

“Os cidadãos têm expectativas cada vez mais elevadas, exigem mais transparência na informação sobre o desempenho das organizações prestadoras de cuidados, mais regulação, mais informação e maior participação nas decisões” (Campos, Saturno e Carneiro, 2010, p. 10).

Em Portugal, a qualidade transformou-se num eixo estruturante das políticas de saúde, tendo sido criado pelo despacho 14223/2009, o

Departamento da Qualidade na Saúde e definida uma estratégia nacional para a qualidade (Campos, Saturno e Carneiro, 2010).

A Qualidade em Saúde consiste na “prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (Saturno *et al.*, 1990 cit. por DGS, 2012, p. 2).

O acesso a cuidados de saúde de qualidade é considerado um direito fundamental do cidadão e implica uma “adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (DGS, 2012, p. 2).

Nesta perspetiva a qualidade em saúde proporciona oportunidades de desenvolvimento não só ao cidadão, mas também aos profissionais de saúde, instituições e decisores políticos (DGS, 2012), e constitui um pilar do compromisso e missão de hospitais, comunidades e cuidadores (Abreu e Marrow, 2012).

No que diz respeito às instituições, a implementação de uma política de qualidade em saúde constitui uma oportunidade de “reconhecimento da qualidade e efetividade dos cuidados prestados” (DGS, 2012, p. 9); alimenta uma cultura de melhoria contínua da qualidade quer nos profissionais quer nos clientes; promove “maior confiança social pela transparência na informação do desempenho e segurança” (DGS, 2012, p. 9) e oferece a garantia de investimento e desenvolvimento dos recursos, pelo reconhecimento do impacto em qualidade, segurança e ganhos em saúde (DGS, 2012).

“Sendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao cidadão um elemento central da estratégia da qualidade que se tem vindo a desenvolver no Serviço Nacional de Saúde (SNS) a acreditação de unidades de saúde surge como uma metodologia de trabalho destinada a favorecer e impulsionar esses processos de melhoria contínua, de forma transversal e integrando todos os elementos do sistema” (DGS, 2011, p. 13).

Estabelecer políticas de qualidade a nível institucional inclui “estratégias e processos de promoção da qualidade, monitorização,

segurança, identificação e correcção de erros” (DGS, 2012, p. 16) e é um aspeto central na governação clínica das instituições, que devem assumir a preocupação de desenvolverem políticas de melhoria contínua da qualidade com o objetivo de garantir cuidados de saúde de excelência, acessíveis, seguros, efetivos, eficientes, adequados, oportunos, integrados, contínuos e equitativos (Campos, 2009, cit. por Campos, Saturno e Carneiro, 2010).

O CHMA é uma instituição de saúde que tem como missão “prestar cuidados de saúde diferenciados, com qualidade e eficiência (...) apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais, com um nível de qualidade, efectividade e eficiência elevadas” (CHMA, 2012, p. 13).

O compromisso e a preocupação com a segurança e qualidade dos cuidados assistenciais, despoletou no CHMA o processo de certificação e acreditação da qualidade pela *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS), no qual a inclusão da SC é considerada um requisito obrigatório. Assim, o processo de acreditação pelo CHKS em sinergia com a implementação de uma estrutura de SCE, contribuem para o alcance da missão do CHMA.

Esta instituição de saúde promoveu condições para o desenvolvimento e aplicação de um modelo de SCE centrado nas necessidades e práticas dos seus profissionais (Cruz, 2012), e continua a apostar num processo de SCE em parceria com a ESEP.

O investimento no C-S2AFECARE-Q parte, não só da preocupação com a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, mas também do reconhecido impacto que a SCE produz, não apenas nos enfermeiros envolvidos no processo, mas também na própria organização onde exercem funções e nos clientes dos seus cuidados.

Segundo o NHS (2009), a SCE visa proteger o cliente, o serviço e os profissionais, garantindo práticas seguras e eficazes e prevenindo o erro, sendo considerada um elemento de garantia de qualidade da prática profissional. A função normativa da SC “realça a importância da supervisão, no sentido de assegurar a competência e responsabilidade profissional,

garantindo padrões de qualidade, ou seja, compreende a provisão do controlo organizacional” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 23).

O aumento do nível de exigência no que diz respeito aos cuidados de enfermagem e a consciencialização profissional de que a qualidade é cada vez mais um elemento essencial e implícito na prestação de cuidados em saúde (Tomás e Gonçalves, 2010; Morgado, 2011), faz da SCE um recurso essencial na prossecução deste objetivo e um instrumento de reconhecido valor pela OE (2010).

Em Portugal, a evidência sugere que é necessário:

“criar as condições adequadas, para implementar políticas, bem definidas, de supervisão clínica, nas nossas organizações de saúde, em todas as áreas profissionais e, em particular, em enfermagem, dado que estes contextos constituem espaços privilegiados de formação de profissionais de saúde, inclusivamente de enfermeiros” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 98).

Contudo, não é possível trabalhar na implementação de um modelo de SCE, sem o apoio institucional e sem uma cultura efetiva de SC (Waskett, 2009).

Num contexto de discussão sobre a qualidade, o CHMA apostou na SCE e tem conferido apoio e condições necessárias à implementação do projeto C-S2AFECARE-Q.

Na opinião dos entrevistados, o C-S2AFECARE-Q teve impacto no CHMA e ofereceu contributos não só à instituição na sua globalidade, mas também aos serviços participantes, pelo que, emergiram no domínio Contributo do C-S2AFECARE-Q para o CHMA, as categorias apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Contributo do C-S2AFECARE-Q para o CHMA

CATEGORIAS	
Instituição	
Serviço	



## Instituição

No que se refere à Instituição, os participantes consideraram o CHMA um “(...) *hospital piloto neste sentido* [SCE] (...)” E1, e afirmaram que o projeto constituiu um importante contributo para a sua imagem:

.....  
“(...) *em termos de marketing da instituição e da imagem* (...)” E1; “A *nível da instituição, é claro que a instituição tem a ganhar (...) tem a ganhar e é reconhecida em termos de imagem* (...)” E2.  
.....

A enfermagem “é uma disciplina na qual a SC está, intimamente, relacionada com a sustentação e melhoria da qualidade das práticas” e “deverá funcionar, efectivamente, sempre e em todo o local, onde se pratique enfermagem” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 89), sendo o “efeito da supervisão clínica usado em benefício da melhoria da qualidade de cuidados oferecidos à comunidade” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 90).

O modelo de gestão da qualidade proposto pelo CHKS tem como objetivos facilitar uma cultura de melhoria da qualidade, promover o trabalho em equipa, normalizar procedimentos e incentivar atitudes de planeamento e responsabilização.

O processo de acreditação em saúde contribui para um reconhecimento externo e público de que a instituição de saúde cumpre, ou está a desenvolver estratégias no sentido de cumprir, os requisitos necessários para prestar cuidados de saúde de qualidade e em segurança aos cidadãos (DGS, 2011).

Neste âmbito, a SCE assume um importante papel na medida em que, constitui-se como um veículo promotor do desenvolvimento pessoal e profissional através da utilização de processos de reflexão e experimentação, tendo como objetivo a promoção da qualidade dos cuidados (Abreu, 2007). É considerada um elemento central na melhoria dos padrões clínicos, bem como um relevante instrumento no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem e na prevenção

do risco clínico (Garrido, Simões e Pires, 2008), sendo essencial a sua inclusão nas políticas institucionais.

A implementação de processos supervisivos no CHMA foi considerada pelos participantes um fator que concorre para a segurança e qualidade dos cuidados assistenciais. Segundo a DGS (2012), o investimento na melhoria contínua da qualidade em saúde repercute-se numa “maior confiança social pela transparência na informação do desempenho e da segurança” (p. 9). O discurso dos participantes corroborou esta evidência, na medida em que:

---

*“Em relação à instituição, eu acho que a instituição se tiver enfermeiros motivados e enfermeiros que procurem o conhecimento e estejam atualizados tem sempre vantagens quer em termos de segurança interna quer na perspetiva da comunidade em relação ao trabalho que desenvolvemos aqui (...)” E3.*

---

Na sua vertente normativa, a SCE reflete a missão, visão, objetivos e estratégias da organização, incluindo as políticas, procedimentos e normas institucionais (Sirola-Karvinen e Hyrkäs, 2006). A função normativa centra-se nas questões gerenciais, incluindo a manutenção de padrões de conduta profissional (Cutcliffe e Proctor, 1998 cit. por Sloan, White e Coit, 2000) e pretende uma melhoria da gestão de projetos, assegurar a segurança dos clientes, garantir a qualidade dos cuidados e melhorar a prática profissional (Sellars, 2004).

Na opinião dos participantes, o C-S2AFECARE-Q tem produzido mudanças na qualidade dos cuidados disponibilizados aos clientes do CHMA:

---

*“(...) há senhoras que já passaram cá há uns tempos e agora voltaram novamente e realmente dizem que acham que há mudanças e isso é importante (...) tanto para a instituição como para nós... (...) ficamos (...) contentes com este feedback que muitas vezes nos dão, através de mails e à administração, com felicitações, a agradecer à equipa... Porque realmente demonstra que há um crescimento e que as coisas estão a mudar e isso é importante, não só a nível individual mas também coletivo.” E1.*

---

As estratégias desenvolvidas no CHMA, nomeadamente no que concerne à SCE e em particular à implementação do C-S2AFECARE-Q, têm produzido impacto sobre a melhoria da qualidade das práticas dos enfermeiros e consequente reconhecimento social da instituição.

Brunero e Stein-Parbury (2008) referem que a SCE fomenta a formação e a responsabilização profissional e permite um desenvolvimento consistente da prática clínica dado o cumprimento de normas e padrões de cuidados, contribuindo para melhorar a qualidade das práticas, evidência que foi corroborada pelos entrevistados, que referenciaram o *feedback* positivo por parte dos clientes no que concerne às mudanças na prática profissional.

A opinião dos participantes reflete a importância da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros na satisfação dos clientes com os cuidados e consequentemente na avaliação que fazem da instituição:

---

*“(...) se temos bons profissionais, que trabalham bem, o doente fica satisfeito, o hospital fica muito bem!” E7.*

---

Embora a evidência sugira que o impacto da SC sobre os clientes é a dimensão menos investigada (Carson, 2007 cit. por Wright, 2012), os participantes referenciaram uma correlação entre a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, satisfação do cliente e reconhecimento positivo da instituição.

Segundo a DGS (2011), as instituições de saúde “devem facilitar aos profissionais os meios necessários para a sua atualização, adaptação e adequação às mudanças tecnológicas, reorganização funcional ou evolução do conhecimento” (p. 60).

Neste sentido, a SCE em sinergia com o processo de acreditação em saúde pelo CHKS, envolveu os profissionais do CHMA e é perspectivada como uma oportunidade de estabelecer novos rumos e alternativas para melhorar a qualidade e satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes.

Este “percurso para a melhoria contínua implica toda a organização, desde os responsáveis máximos a todo o grupo de profissionais e

colaboradores, que devem estar firmemente comprometidos neste processo (...) de transformação progressivo e contínuo” (DGS, 2011, p. 20), sendo determinante o apoio dos órgãos de gestão e o investimento em estratégias que concorram para a segurança e qualidade dos cuidados assistenciais.

A SCE é, neste percurso do CHMA, uma estratégia facilitadora do processo que visa a melhoria contínua e potencializadora da segurança e qualidade dos cuidados.

## Serviço

Para além do impacto sobre a instituição, os participantes reforçaram a importância do C-S2AFECARE-Q como meio facilitador da introdução de medidas de melhoria contínua da qualidade e das práticas dos enfermeiros, bem como o impacto sobre o Serviço:

---

*“Para o serviço também é importante (...) acho que se estão a implementar várias mudanças no serviço e que (...) são importantes para nós como enfermeiros mas também para com quem trabalhamos, para os nossos clientes (...)” E1.*

---

Referiram, também, que “(...) de uma forma geral toda a equipa, todo o serviço beneficiou (...)” E1 com o projeto e que este constituiu uma oportunidade para promover o diálogo entre a equipa, reconhecer as necessidades do serviço e desenvolver estratégias para colmatar aspetos identificados em conjunto:

---

*“(...) com o projeto de supervisão, sabendo quais são as necessidades do serviço, tende a combater essas necessidades e a melhorar os cuidados prestados por parte da enfermagem (...) trabalhamos todos para o mesmo fim, tentamos identificar as necessidades do serviço e tentamos combater essas necessidades (...)” E2; “(...) é sempre uma mais-valia (...) há mais diálogo sobre as necessidades do serviço (...)” E5; “(...) a partir da supervisão, devido ao C-S2AFECARE-Q podemos discutir entre nós o que é que mais precisamos, o que é (...) mais necessário (...)” E6.*

---

Um enfermeiro referenciou a importância de promover momentos de discussão e partilha em equipa sobre as necessidades do serviço e reforçou o papel da SCE na melhoria da segurança e qualidade dos cuidados:

.....  
*“Discutirmos (...) como é que podemos dar a volta a este défice que temos no nosso serviço. Discutirmos entre todos, expormos soluções, expormos opções e discutirmos em grupo (...) estratégias de melhoria dos cuidados. A supervisão clínica é um veículo para esta discussão (...) discutirmos o que é que se passa com o serviço, o que é que temos que melhorar a nível da segurança e qualidade dos cuidados (...)” E6.*  
.....

Emerge, também, do discurso dos participantes a mais-valia do projeto, nomeadamente, para a uniformização de procedimentos e a definição de protocolos e normas de orientação clínica, aspetos relacionados com a função normativa da SCE:

.....  
*“(...) o próprio serviço tem a ganhar com os tais trabalhos que vão no sentido das pessoas agirem uniformemente(...). Se todos conseguirem dar resposta e de forma uniforme e positiva, o serviço sai a ganhar porque é reconhecido (...)” E2.*  
.....

Os enfermeiros aproveitaram as reuniões de SC para dialogarem e identificarem as necessidades do serviço e agruparam-se em pequenos grupos com o objetivo de desenvolver estratégias para colmatar aspetos deficitários nos seus contextos e otimizar a qualidade do seu exercício profissional, investindo no desenvolvimento de normas de orientação clínica e protocolos de atuação que são benéficos não só aos enfermeiros, mas também aos clientes que usufruem de cuidados fundamentados na evidência científica mais recente e de uma uniformização nas práticas clínicas que pode contribuir para otimizar ganhos em saúde:

.....  
*“Cada grupo trabalha um tema e eu acho que isso é importante. Coisas que podem vir a melhorar no serviço em termos de (...) estrutura, de implementar guidelines, uniformizar os cuidados, acho que essas são as maiores vantagens. O serviço pode usufruir bastante disso (...)” E10.*  
.....

A opinião dos participantes corrobora os dados obtidos no estudo de Cruz (2012), no qual a uniformização e a qualidade dos cuidados foram apontadas como metas da SCE.

De referir que, as normas de orientação clínica também conhecidas por *guidelines*, constituem instrumentos de apoio à tomada de decisão dos enfermeiros, promovendo a qualidade das suas intervenções. As *guidelines* “possuem o potencial de melhorar os resultados (*outcomes*), minimizar os riscos e aumentar a eficiência dos cuidados de enfermagem” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 97). A importância das normas de orientação clínica foi um aspeto consolidado no discurso dos participantes, que apontaram estes instrumentos como vantajosos não só para os enfermeiros, mas também pelo impacto que produzem nos serviços.

Brunero e Stein-Parbury (2008) afirmam que, a SC contribui para o desenvolvimento consistente da prática clínica dado o cumprimento de normas e padrões de cuidados. Este aspeto foi enfatizado nas entrevistas e os dados obtidos confirmaram a evidência e sugerem que a implementação de processos supervisivos é fundamental porque “(...) *vai proporcionar (...) mais organização (...)*” E5 nos serviços, beneficiando profissionais e clientes e numa visão mais alargada contribuindo para um reconhecimento social positivo por parte da população.

Foi notória a preocupação dos enfermeiros em investir no processo de melhoria contínua da qualidade em saúde e esteve patente no seu discurso, a reafirmação de que o objetivo é “(...) *melhorar as condições a disponibilizar ao cliente (...)*” E2.

A própria possibilidade de interferir positivamente sobre a gestão da atribuição de doentes por enfermeiro, foi assumida como um aspeto relevante e que concorre para segurança e qualidade de cuidados:

---

*“Havendo uma uniformização de pensamento e de avaliação do doente, vai haver uma uniformização da classificação [Sistema de Classificação de Doentes]<sup>1</sup>, da forma como vamos classificar o doente, do grau de*

---

<sup>1</sup> Sistema de Classificação de Doentes, baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem

*dependência que lhe vamos atribuir. Havendo essa uniformização (...) vai haver uma melhor gestão da distribuição de doentes (...)” E4.*

---

Este aspeto foi relatado como um contributo do C-S2AFECARE-Q, na medida em que permite através de uma correta avaliação da situação clínica e grau de dependência dos clientes, interferir na atribuição de doentes por enfermeiro no serviço e no *ratio* enfermeiro/doente, com o objetivo de manter dotações seguras.

“As deficiências institucionais nos recursos materiais e humanos (...) conduzem à progressiva deterioração dos serviços de saúde e criam insatisfação profissional” (ICN, 2007, p. 19).

O número de profissionais das equipas de saúde, nem sempre reflete as necessidades do pessoal ou dos clientes, mas antes constrangimentos de ordem financeira. Em resultado, verifica-se com frequência uma má adequação entre a necessidade de enfermeiros, as necessidades dos enfermeiros e os requisitos e exigências do trabalho (ICN, 2007).

A avaliação diária das necessidades dos clientes internados em cuidados de enfermagem e dos cuidados efetivamente prestados permite obter dois indicadores: horas de cuidados necessários por dia de internamento e horas de cuidados prestados por dia de internamento. A relação entre estes indicadores permite determinar a taxa de utilização dos recursos disponíveis, gerir a adequabilidade dos recursos humanos e manter dotações seguras.

O conceito de dotações seguras tem vindo a debate público não só pela OE, mas também pelos próprios meios de comunicação social, que numa fase de constrangimentos orçamentais, alertam a população, quase diariamente, para situações de carência de pessoal na prestação de cuidados e para o cansaço dos profissionais que se encontram sobrecarregados em termos de horas de trabalho, por impedimento à contratação de pessoal para fazer face às necessidades e exigências dos serviços.

O ICN (2007) alerta para a necessidade de os sistemas de saúde terem o potencial de suportar financeiramente infra-estruturas e forças de trabalho efetivas.

Vários estudos correlacionam a dotação de pessoal e as horas de cuidados de enfermagem com os resultados obtidos nos clientes. Sovie e Jawad (2001, cit. por ICN, 2007) verificaram que um número mais elevado de horas dos enfermeiros com os clientes associava-se a uma redução no número de quedas e a uma maior satisfação com a gestão da dor. Person e colaboradores (2004, cit. por ICN, 2007) concluíram que doentes com enfarte agudo do miocárdio tinham uma menor probabilidade de morrer em hospitais com maior dotação de enfermeiros. Aiken e colaboradores (2012, cit. por OE, 2014), num estudo efetuado na Europa e nos Estados Unidos da América concluíram que, dotações seguras de enfermeiros e a qualidade do ambiente de prática clínica, são aspetos diretamente associados com a satisfação dos clientes e a qualidade e segurança dos cuidados enfermagem.

O ICN (2007) refere que “um ambiente de trabalho seguro é um pré-requisito para um ambiente favorável à prática. Os perigos para os enfermeiros e os doentes resultam de cargas laborais excessivas, lesões preveníveis e violência no local de trabalho” (p. 25).

No mesmo sentido, a OE (2014) reconhece que “cargas de trabalho elevadas conduzem à insatisfação, desmotivação e *burnout* dos profissionais, bem como colocam em causa a qualidade exigida por cada cidadão na prestação de cuidados de saúde” (p. 10). Assim, é fundamental que profissionais e gestores promovam ambientes de prática clínica positiva que ponderem, não apenas as necessidades em cuidados dos clientes, mas também as necessidades dos próprios enfermeiros.

O que acontece no contexto português é, em alguns casos, fruto de constrangimentos económicos e do impedimento de contratação de pessoal, uma ausência de adequação entre o trabalho que é exigido aos enfermeiros e aquele que estes conseguem desenvolver com elevado nível de qualidade. A indisponibilidade de recursos humanos, coloca em risco não



só a saúde dos próprios profissionais, mas também, a prestação de cuidados aos clientes concorrendo para o risco clínico e a ocorrência de erros (ICN, 2007).

A análise da adequabilidade e disponibilidade dos enfermeiros constitui um desafio para os administradores e gestores do setor da saúde, sendo incontornável a necessidade de “estabelecer cargas laborais que otimizem a produtividade sem comprometer o bem-estar de enfermeiros ou doentes” (ICN, 2007, p. 26).

As dotações seguras vão além da quantidade de enfermeiros disponíveis, e dependem de outros fatores como a carga laboral, o ambiente de trabalho, a complexidade dos clientes e o nível de qualificação e preparação dos enfermeiros (ICN, 2006).

Os participantes valorizaram a segurança e qualidade das práticas profissionais, referenciaram a importância de dotações seguras e expressaram motivação e vontade de introduzirem mudanças e discutirem a realidade do serviço, num processo dinâmico de procura de soluções e de melhoria contínua, aspeto que foi considerado central para os enfermeiros:

.....  
*“(...) reunirmo-nos (...) e discutirmos este serviço, o que é que ele é, o que é que ele precisa, o que é que ele faz, o que é que falta, o que é que se pode melhorar e o que é que se pode fazer (...) identificarmos problemas vividos na prática e arranjarmos em conjunto uma solução para isso. Uma estratégia para conseguirmos melhorar (...) porque um serviço não é só um enfermeiro, são vários, reunirmo-nos para com a supervisão clínica podermos fazer alguma coisa, podermos reunir vivências, experiências e ideias para podermos fazer alguma coisa pelo serviço (...)” E6.*  
.....

O impacto da SCE sobre a gestão dos recursos humanos, a qualificação dos profissionais, os processos de indução à profissão e integração nos serviços, o desenvolvimento e formação pessoal, a atualização profissional, a formação contínua e a prática reflexiva, foi reconhecido por entidades de acreditação da qualidade em saúde, que reforçaram o papel da SCE nas

instituições enquanto estratégia potencializadora da segurança e qualidade dos cuidados (King's Fund, 2000 cit. por Garrido, Simões e Pires, 2008).

### **3.4. Contributo do C-S2AFECARE-Q para o Cliente**

O impacto da implementação de processos supervisivos sobre os clientes é uma das dimensão menos investigada da SCE, como referido anteriormente. Apesar de serem vastos os benefícios atribuíveis à SC, estudos acerca dos efeitos sobre os clientes e a interação enfermeiro-cliente são uma minoria (Francke e Graaff, 2012). É escassa a evidência sobre a existência de uma relação causa-efeito entre a SC e a interação enfermeiro-cliente, no que diz respeito à melhoria da qualidade, proteção e segurança dos cuidados (Carson, 2007 cit. por Wright, 2012).

No mesmo sentido, White e Winstanley (2010) alertam para o facto de a SC colocar ainda vários desafios aos profissionais, decisores políticos e investigadores, no que diz respeito ao planeamento, implementação e gestão, exigindo mais estudos que definam e avaliem o impacto da SCE sobre a satisfação dos clientes e a segurança e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Verifica-se portanto, uma necessidade de colmatar a inconsistente evidência científica no que diz respeito à relação da SCE com a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados assistenciais e proteção do cliente (Brunero e Stein-Parbury, 2008; Butterworth *et al.*, 2008; Wright, 2012).

Como referido anteriormente, o C-S2AFECARE-Q visa otimizar a segurança e qualidade dos cuidados através da implementação de uma estrutura de SCE, sustentada nas necessidades e práticas dos enfermeiros do CHMA. Um dos propósitos do projeto é a monitorização da evolução de alguns dos indicadores de enfermagem definidos pela OE (2007a),

nomeadamente o risco de queda, o autocuidado e os conhecimentos e habilidades em amamentação.

A monitorização destes indicadores em diferentes fases do projeto auspia-se que constitua um contributo para aumentar a evidência sobre o impacto da SCE nos clientes, na qualidade das práticas dos enfermeiros, na prevenção do risco clínico, e possa ser um elemento subsidiário ao reforço da introdução da SCE nas instituições de saúde portuguesas por via da constatação do seu benefício efetivo.

Os participantes reportaram contributos, positivos, da SCE sobre a satisfação do cliente, ganhos em saúde, interação enfermeiro-cliente e qualidade e segurança dos cuidados:

“(...) o cliente (...) vai ter melhores cuidados (...)” E1; “(...) acho que o doente só tem a ganhar com este projeto (...)” E5; “(...) é bom para o utente, porque a melhoria dos cuidados implica diretamente no utente (...)” E7; “(...) melhorar a nossa prática profissional de acordo com as melhores práticas e (...) refletir-se (...) nos clientes, nos doentes, porque acabam por usufruir de melhores cuidados (...)” E9.

Decorrente do discurso dos entrevistados, emergiram as categorias apresentadas no quadro 3, as quais serão alvo de reflexão e discussão integrando a alocação de algumas unidades de registo/contexto exemplificativas das mesmas e fazendo referência à evidência disponível sobre a temática.

Quadro 3 - Contributo do C-S2AFECARE-Q para o Cliente

CATEGORIAS
Satisfação
Ganhos em Saúde
Relação Enfermeiro-Cliente
Qualidade e Segurança dos Cuidados

## Satisfação

A OE (2001) aponta a satisfação do cliente como uma das categorias fundamentais dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (p. 11).

A importância da satisfação do cliente, concretizada no respeito pelas suas capacidades, crenças, valores e desejos; na procura constante de empatia nas interações; no estabelecimento de parcerias no planeamento do processo de cuidados; no envolvimento dos conviventes significativos e no empenho dos enfermeiros tendo como objetivo minimizar o impacto negativo que as mudanças de ambiente forçadas produzem nos clientes, são aspetos centrais na definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e na satisfação dos clientes (OE, 2001).

Os participantes consideraram que o projeto constituía um contributo para a Satisfação dos clientes:

---

*“O cliente ficará mais satisfeito (...)” E1; “O cliente acho que sai sempre satisfeito (...)” E3; “(...) vai haver maior satisfação do utente (...)” E7.*

---

Alguns estudos sugerem um efeito benéfico da SCE sobre o atendimento ao cliente. Hyrkäs, Lehti e Paunonen-Ilmonen (2001), estudaram a relação custo-eficácia da SC por um período de três anos num hospital da Finlândia e reportaram uma melhoria da satisfação dos clientes e uma diminuição do número de queixas e indemnizações registadas. A opinião dos enfermeiros corrobora a evidência existente sobre o impacto da SCE na satisfação dos clientes

## Ganhos em Saúde

A melhoria do ambiente de prática clínica percecionada pelos supervisionados e o contributo expectável sobre a gestão do serviço, nomeadamente no que se refere à dotação de enfermeiros, são contributos que decorrem do C-S2AFECARE-Q e da implementação de uma estrutura de

SCE e que confluem, não só para a satisfação dos clientes, mas também, para a segurança e qualidade dos cuidados e a produção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Os participantes consideraram que, a incorporação de processos supervisivos nos serviços, contribuiu para a obtenção de Ganhos em Saúde nos seus clientes:

---

*“(...) o cliente sai sempre a ganhar porque há ganhos em saúde, se todos os enfermeiros agirem com um determinado objetivo e com o mesmo rumo (...)” E2.*

---

Os enfermeiros são figuras centrais no setor da saúde na medida em que, “promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades (...) trabalhando tanto em autonomia como em colaboração para a prevenção da doença e da incapacidade, bem como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde” (ICN, 2008, p. 16).

Segundo o ICN (2007), a missão dos enfermeiros é:

“liderar as nossas sociedades no sentido de uma saúde melhor, trabalhando em conjunto conseguimos aproveitar os conhecimentos e o entusiasmo necessários de toda a profissão de enfermagem para promover estilos de vida saudáveis (...) promovemos a saúde das nossas sociedades, bem como dos indivíduos” (cit. por ICN, 2008, p. 31).

Os entrevistados consideraram fundamental para a produção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, uniformizar procedimentos e partilharem de uma linguagem comum:

---

*“(...) se nós falarmos todos a mesma linguagem, baseados nas mesmas coisas, (...) em relação às mamadas (...) à administração de leites adaptados, principalmente isso, porque acho que é aquilo que gera mais confusão na obstetrícia, se falarmos todos a mesma linguagem, porque estamos baseados nas mesmas coisas, acho que as mães saem com ideias mais organizadas, saem mais seguras de si e claro que se os pais forem mais seguros de si prestam melhores cuidados à criança, recorrem menos vezes ao serviço de urgência (...)” E3.*

---

O discurso dos entrevistados reforçou a necessidade de facultar aos clientes informação baseada em evidência científica comum a todos os enfermeiros do serviço, no sentido de evitar a apropriação por parte dos clientes de informação que possa ser contraditória e que possa gerar confusão e não adesão terapêutica:

---

*“(...) se normalizarmos os cuidados e procedimentos, se todos agirmos da mesma forma em relação à amamentação (...) a pessoa [cliente] não se vai sentir confusa.” E2.*

---

Como agentes facilitadores do desenvolvimento de competências dos clientes, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para o fornecimento de informação, educação, treino de habilidades e mobilização de recursos de suporte ao cliente/família ou pessoa significativa, contribuindo para alcançar o máximo potencial de saúde (OE, 2013).

No âmbito da educação para a saúde, o enfermeiro deve ser capaz de dotar “os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde” (OE, 2012, p. 15). Para isso, os profissionais devem utilizar uma comunicação apropriada e capacidades interpessoais que lhes permitam comunicar “com consistência informação relevante, correcta e compreensível (...) no respeito pela sua área de competência” (OE, 2012, p. 19).

A necessidade de comunicar apropriadamente com os clientes, fornecendo informação clara, relevante e consistente com a melhor evidência disponível, foi um aspeto referenciado pelos participantes.

Neste âmbito, a SCE tem grande potencial pela “sua capacidade de gerar novas dinâmicas e práticas profissionais” (OE, 2010, p.7) e foi perspectivada pelos enfermeiros como um meio facilitador do cumprimento do perfil de competências definido pela OE (2010) para os cuidados gerais ou especializados, e um contributo para uma intervenção centrada na aprendizagem, desenvolvimento de competências e habilidades, e aumento

dos recursos pessoais dos cidadãos e famílias, promovendo ganhos em saúde.

A constatação dos participantes, no que se refere ao contributo do projeto para a otimização dos ganhos em saúde dos clientes, corrobora os estudos de outros investigadores. Hyrkäs, Lehti e Paunonen-Ilmonen (2001), documentaram uma redução do número de dias de internamento por doença e ganhos em saúde de clientes internados em serviços com processos supervisivos integrados o que, segundo os autores, é atribuível à melhoria da qualidade dos cuidados e eficiência na assistência aos clientes. Bradshaw, Butterworth e Mairs (2007) verificaram uma redução significativa na ocorrência de sintomatologia psicótica em doentes com esquizofrenia cuidados por estudantes com contacto com a SC, comparativamente a doentes assistidos por estudantes não familiarizados com a SC no seu plano de estudos. Hansebo e Kihlgren (2000, cit. por Francke e Graaff, 2012) referem que os enfermeiros envolvidos em processos supervisivos revelam-se mais aptos a reconhecerem personalidades e condições de vida específicas que afetam os clientes e interferem com a sua saúde, o que pode contribuir para melhorar o processo de planeamento das intervenções de enfermagem e os resultados esperados.

Os estudos supracitados fornecem conteúdos que, permitem deduzir que a SCE tem efetivamente potencial para proporcionar ganhos em saúde nos clientes. No entanto, também sugerem a necessidade de realização de mais estudos sobre esta dimensão.

### **Relação Enfermeiro-Cliente**

No que concerne à relação enfermeiro-cliente, a evidência é unânime em afirmar que é o *core* da enfermagem e que deve ser centrada no cuidado e proteção ao cliente, baseada na confiança, respeito, empatia e intimidade profissional e requer o uso de competências comunicacionais (CNO, 2013).

Os participantes referiram que por via da implementação de processos supervisivos é possível otimizar a interação entre enfermeiros e clientes, tendo emergido a categoria Relação Enfermeiro-Cliente:

---

*“Se nós melhorarmos a atitude (...) com que falamos com o doente (...) o doente vai sentir-se automaticamente mais confortável, vai estabelecer uma relação de empatia com o enfermeiro (...) vai sentir-se mais recetivo aos cuidados e aos ensinamentos que lhe fazemos (...)” E6.*

---

A opinião dos enfermeiros suporta o referido por outros investigadores. Brunero e Stein-Parbury (2008), atribuem a melhoria da relação enfermeiro-cliente a um benefício decorrente da SCE. Bergdahl e colaboradoras (2011) referem que, as reuniões de SC em grupo favorecem a compreensão de problemas de natureza ética e a reflexão sobre a prática clínica, nomeadamente sobre a relação terapêutica. Contudo, apesar de verificarem uma associação positiva entre a SCE e a componente reflexiva, designadamente sobre a interação enfermeiro-cliente, alertam para o facto de não ter sido possível determinar que, enfermeiros sujeitos a SC de grupo são mais competentes no estabelecimento de relações terapêuticas com os clientes, relativamente a outros enfermeiros. Edberg e Hallberg (2001, cit. por Francke e Graaff, 2012), apuraram que, idosos com demência cooperavam mais com os enfermeiros e eram menos agressivos, após a introdução da SC de grupo na instituição. Os autores concluíram que, os enfermeiros supervisionados estavam mais aptos a interpretar os comportamentos dos seus clientes e por isso, o planeamento de cuidados era individualizado e estava direccionado para as particularidades de cada doente. O estudo, embora não se reporte especificamente à relação terapêutica, sugere que a SCE tem um contributo positivo sobre a interação enfermeiro-cliente, aspeto que foi corroborado pelos enfermeiros supervisionados do CHMA.

## **Qualidade e Segurança dos Cuidados**

A temática da segurança dos clientes é atual, constitui uma dimensão incontornável da definição de qualidade nos cuidados de saúde e é



reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como uma necessidade de investimento internacional (WHO, 2012).

Conquanto a qualidade e segurança dos cuidados sejam dimensões centrais para a SCE, a evidência ainda não conseguiu demonstrar inequivocamente o impacto da SCE sobre os clientes (Keegan, 2013).

A OE (2010) refere-se à SC como uma intervenção para a melhoria da qualidade das práticas dos enfermeiros, de proteção da pessoa e segurança dos cuidados assistenciais. “A segurança na prestação de cuidados de saúde é verdadeiramente indissociável da qualidade, quer pelo impacto nos resultados administrativos, clínicos e financeiros, quer pela dimensão de satisfação e de reputação dos clientes” (Fragata, 2012, p. 20).

Os enfermeiros percecionaram o projeto como um contributo para o caminho da excelência dos cuidados:

.....  
“[o projeto] (...) vai trazer um aumento da segurança para os doentes (...)” E2; “(...) menos erros, menos consequências (...)” E10; “(...) o cliente (...) vai ter melhores cuidados (...)” E1.  
.....

A preocupação com o desenvolvimento de estratégias que permitam aumentar a Qualidade e Segurança dos Cuidados esteve, também, presente no discurso dos entrevistados:

.....  
“(...) pretendemos aumentar a segurança e qualidade dos cuidados (...)” E6; “(...) melhorar a nossa prática profissional, de acordo com as melhores práticas (...) refletir-se realmente nos clientes, nos doentes, porque acabam por usufruir de melhores cuidados (...)” E9.  
.....

Fragata (2012) refere que as iniciativas de qualidade e segurança devem ser abordadas conjuntamente entre profissionais e liderança organizacional, na medida em que uma conjugação multifatorial concorre para a segurança e qualidade assistencial.

Assumida como “um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem, que permite ao indivíduo desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pela sua prática e promover a protecção do utente e a segurança dos cuidados em situações clínicas

complexas” (DoH, 1993 cit. por Abreu, 2007, p. 182), a SCE determina o compromisso por parte das instituições de saúde e realça a responsabilidade dos profissionais pela proteção do cliente e aumento da segurança das práticas clínicas.

No estudo de Monteiro (2014), os enfermeiros gestores do CHMA apontaram como benefícios da SCE, a qualidade e segurança dos cuidados e a diminuição do risco de erro e eventos adversos, dimensões que também foram percebidas como vantagens pelos supervisores clínicos da mesma instituição (Borges, 2013).

A qualidade e segurança dos cuidados parece ser uma dimensão de inegável importância e foi percebida pelos diversos atores do processo superviso como um contributo que decorre da operacionalização do projeto C-S2AFECARE-Q e da implementação do modelo de SC:

---

*“Tende a melhorar os nossos cuidados, prestamos cuidados com melhor qualidade (...) este modelo vai trazer mais segurança (...)” E2; “A qualidade vai ser melhor, como estamos mais organizados, podemos disponibilizar mais tempo para o doente, uma vez que há mais organização (...)” E5.*

---

A SCE tem sido considerada como um meio de apoio e formação dos enfermeiros e um contributo para garantir a segurança de clientes e profissionais (Turner *et al.*, 2011) e a satisfação do cliente (White e Winstanley, 2010). Contudo, tratando-se de uma intervenção complexa (Dilworth, 2013) requer o investimento em estudos que determinem a sua eficácia e impacto sobre ganhos em saúde para os clientes (White e Winstanley, 2010) e sobre a qualidade e segurança das práticas dos enfermeiros.

O projeto C-S2AFECARE-Q constitui um investimento que tem, precisamente, a finalidade última, de contribuir para a segurança e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e demonstrar o impacto da SCE sobre alguns indicadores de saúde, sendo pretensão aumentar o conhecimento sobre a relação entre a SCE e a segurança e qualidade dos cuidados.

Embora não seja possível ainda, nesta fase do projeto estabelecer esta relação dinâmica entre a SCE e a segurança e qualidade dos cuidados assistenciais, os supervisionados referiram-se ao C-S2AFECARE-Q como um meio capaz de proporcionar “(...) a melhoria dos conhecimentos, a melhoria dos cuidados, a segurança (...)” E7.

A possibilidade de se reunirem em grupo, partilharem e refletirem em conjunto a prática clínica, constituiu no entender dos participantes uma mais-valia que teve reflexos, não só no seu desenvolvimento profissional, mas também na melhoria da qualidade e segurança das práticas:

---

*“(...) se nas reuniões conseguirmos para lá levar alguns assuntos que deveriam ser melhorados e trabalhados, eu acho que isso já é motivo suficiente para que seja positivo o facto de se fazer cá o trabalho que se tem feito até agora (...) é bom para o utente, porque a melhoria dos cuidados implica diretamente no utente (...) é bom para nós porque pesquisamos, aumentamos o nível de conhecimentos, traduzimos isso nos cuidados que prestamos ao doente (...) há uma supervisão contínua e (...) (...) isso vai trazer mais segurança, vai haver uma maior segurança nos cuidados, o doente sabe que está a ser bem tratado, sabe que está a ser bem cuidado porque o profissional está devidamente capacitado e tem capacidades para executar bem e isso vai trazer qualidade nos cuidados (...)” E7; “Se nós discutirmos o que é que falta a nível de cuidados (...) o que é que podemos introduzir para melhorarmos (...) vamos estar automaticamente a melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança do doente (...) é com a discussão da segurança dos doentes e da qualidade dos cuidados (...) que vamos conseguir melhorá-los (...)” E6.*

---

Para os entrevistados, a SCE “(...) tem como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados prestados e essa melhoria da qualidade é um reflexo do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros (...)” E8.

A potencialidade da SCE para proporcionar o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais e promover a reflexão sobre a prática é, na opinião dos supervisionados, essencial como contributo subsidiário à melhoria da qualidade e segurança das práticas clínicas.

Apesar de se verificar uma escassez de evidência empírica no que se refere aos benefícios diretos da SCE sobre a qualidade e segurança dos cuidados disponibilizados aos clientes, alguns autores afirmam que estas são dimensões diretamente afetadas pela prática da supervisão (May, 2003 cit. por Garrido, Simões e Pires, 2008).

“A supervisão desempenha hoje uma função muito importante na área da construção do conhecimento profissional em enfermagem” e constitui um contributo para alcançar “futuros profissionais de enfermagem, competentes a todos os níveis” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 101).

Os dados obtidos nesta investigação estão de acordo com o estudo de Hyrkäs e Paunonen-Ilmonen (2001) que referem que, a SC de grupo tem efeitos positivos sobre a qualidade dos cuidados e percecionam a SCE como uma intervenção passível de promover a melhoria da prática de enfermagem. No mesmo sentido, a evidência reporta efeitos positivos sobre a qualidade dos cuidados e sugere o envolvimento ativo dos diferentes atores no processo supervisivo (Hyrkäs, Appelqvist e Haataja, 2006).

A qualidade e segurança dos cuidados é considerada um direito fundamental dos indivíduos e uma responsabilidade quer dos profissionais, quer das instituições de saúde. A cultura de qualidade e segurança dos cuidados nas organizações de saúde é considerada prioritária em paralelo com a intervenção dos profissionais na prevenção do erro e eventos adversos (Pina *et al.*, 2010).

“Face à dinâmica de mudança que se sente hoje nas instituições de saúde, ancorada nas mudanças dos padrões de saúde doença, crescentes exigências sociais, formas alternativas de organizar o trabalho, formação dos profissionais de saúde e introdução de novas tecnologias, os enfermeiros necessitam de repensar o seu desenvolvimento profissional (...) e encarar a qualidade como uma filosofia e uma meta operacional” (Abreu, 2007, p. 207, 208).

A SCE é considerada “uma ferramenta fundamental para todos os modelos de qualidade em saúde” (Nicklin, 1995 cit. por Abreu, 2007, p. 209), sendo os fatores humanos absolutamente fundamentais à génese de resultados em saúde e na segurança nesta área.

.....  
“(...) aquilo que se acaba por discutir e trabalhar em grupo, de certa forma vai influenciar a nossa atitude profissional e vai influenciar a prestação dos nossos cuidados e (...) eu penso que se vai refletir na melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados (...)” E8.  
.....

O projeto constitui, segundo os participantes, o veículo apropriado para cobrir o percurso da segurança e promover a transição para os mais elevados níveis de qualidade. Este contributo é constatável na prática e:

.....  
“(...) já se nota efetivamente uma série de atitudes que não têm a ver só com o trabalho do enfermeiro propriamente dito, mas com tudo aquilo que pode ser feito em termos de gestão (...) de controlo de equipamentos (...) para que efetivamente se consiga assegurar a segurança do doente (...)” E8.  
.....

Os supervisionados identificaram mudanças na prática clínica dos enfermeiros decorrentes da implementação do modelo de SC e relataram a possibilidade de mudanças relacionadas com a gestão e a disponibilidade de equipamentos e recursos físicos que possam efetivamente ser um contributo para a melhoria das práticas e para a minimização do risco de erro e ocorrência de eventos adversos.

Segundo Fragata (2012) é “sem dúvida, o investimento no desenvolvimento de uma cultura de segurança o fator que mais contribui para a sustentabilidade de uma política de segurança e para o qual contribui, certamente, o uso das lideranças mais corretas” (p. 308, 309).

O envolvimento de todos os profissionais de saúde e o suporte institucional é fundamental na sustentabilidade de uma cultura de qualidade e segurança. Neste âmbito, a SC constitui uma estratégia com potencial para ajudar os enfermeiros a reconceptualizarem a sua posição, a reverem os seus cuidados e a implementarem intervenções direcionadas à excelência profissional e à prestação segura de cuidados de saúde, permitindo simultaneamente fazer um melhor uso do financiamento e dos recursos disponíveis (Dilworth *et al.*, 2013). Esta estratégia requer um investimento permanente e segundo os entrevistados se “(...) *for contínuo ao longo da vida profissional, a qualidade vem a seguir* (...)” E7.

À semelhança do que a evidência refere sobre o impacto da SC nos clientes, foi perceptível no discurso dos supervisionados a dificuldade em identificar inequivocamente em que vertentes interfere a SCE para concorrer para a segurança e qualidade dos cuidados:

---

*“(...) não lhe sei dizer concretamente ou exatamente em que aspetos se reflete esse trabalho da supervisão clínica (...)” E8.*

---

O C-S2AFECARE-Q é na opinião dos entrevistados uma forma de conseguir *“(...) contabilizar os ganhos (...)” E3* por via da *“(...) monitorização dos indicadores (...)” E3*, sendo por isso, considerado uma ferramenta fundamental no exercício profissional e promotor da segurança na prática clínica *“(...) lá está, vai ser muito mais seguro nós trabalharmos (...)” E5* e *“(...) o doente só tem a ganhar com este projeto (...)” E5*.

### **3.5. Avaliação da Operacionalização do C-S2AFECARE-Q**

A SCE reveste-se de limitações na implementação intimamente relacionadas com o supervisor clínico, com o supervisionado e com a organização que os integra, sendo essencial que as práticas supervisivas sejam adaptadas aos contextos e práticas vigentes e à própria cultura organizacional, para que as mudanças a introduzir concorram para o sucesso dos processos de supervisão (Koivu, Saarinen e Hyrkäs, 2011).

Sendo um instrumento pertinente na potencialização dos recursos humanos e otimização dos recursos materiais, a SCE requer uma boa interpretação concetual, a criação de condições para a sua implementação e o ativo envolvimento de supervisionados, supervisores clínicos e gestores da organização, sob pena de não se conseguirem reunir as condições necessárias à implementação do processo e poderem ser desperdiçados recursos e dinheiro (White e Winstanley, 2010).

A evidência menciona, ainda, que existem obstáculos à implementação da SCE frequentemente associados à dificuldade de distinção e separação da SCE de processos administrativos (Cookson *et al.*, 2014). A supervisão administrativa centra-se na discussão dos processos de liderança em enfermagem e focaliza-se nas questões da gestão (Sirola-Karvinen e Hyrkäs, 2006), aspeto que poderá ter implicações na confidencialidade do processo, convergir a uma confusão entre objetivos e despoletar resistências à implementação na prática de processos supervisivos, pela precipitada associação às questões de natureza administrativa.

Alguns autores advogam por isso, uma necessária adequação do modelo de SC à profissão, à especialidade e ao local, e advertem que o sucesso dos processos supervisivos está dependente desta adaptação (Cookson *et al.* 2014).

São vários os modelos de SC existentes, e a diversidade de opções determina o estabelecimento de um necessário conjunto de critérios que devem presidir à escolha do modelo a implementar e que se prendem com as características do contexto organizacional e profissional, os objetivos, as metas e a sua utilidade para dar resposta às necessidades identificadas (NHS, 2009). Qualquer que seja o modelo de SCE adotado, este deve ser concetualizado pelos atores envolvidos, deve ser flexível e responder às necessidades dos enfermeiros no seu exercício profissional (Cruz, Carvalho e Sousa, 2012), sendo essencial considerar não apenas as condições mas também os interesses dos vários intervenientes no processo.

Independentemente do posicionamento concetual, a SCE requer empenho pessoal e organizacional, sendo fundamental o compromisso, quer dos profissionais, quer da própria instituição.

O C-S2AFECARE-Q constitui uma ferramenta de suporte ao exercício profissional dos enfermeiros do CHMA e contempla a operacionalização de um modelo de SC que foi desenvolvido tendo em conta as necessidades dos profissionais.

A operacionalização do projeto foi alvo de avaliação por parte dos supervisionados, tendo emergido as categorias e subcategorias que apresentamos no quadro 4 e que estão relacionadas com a identificação de estratégias supervisivas, de fatores facilitadores e limitadores à implementação do projeto e um conjunto de sugestões para a continuidade do C-S2AFECARE-Q.

Quadro 4 - Avaliação da Operacionalização do C-S2AFECARE-Q

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>Estratégias Supervisivas</b>	<i>Estratégias Supervisivas Identificadas</i>
	<i>Adequação das Estratégias Supervisivas</i>
<b>Fatores Facilitadores</b>	<i>Motivação</i>
	<i>Parceria com Instituição de Ensino</i>
	<i>Envolvimento e Apoio dos Órgãos de Gestão</i>
	<i>Perspetiva de Continuidade</i>
	<i>Relação Supervisiva</i>
<b>Fatores Limitadores</b>	<i>Falta de Conhecimentos sobre SCE</i>
	<i>Falta de Motivação</i>
	<i>Sobrecarga de Trabalho</i>
	<i>Políticas Governamentais</i>
	<i>Critérios de Seleção do Supervisor Clínico</i>
	<i>Tempo de Contacto com o Supervisor Clínico</i>
	<i>Indicadores de Qualidade</i>
<b>Sugestões para a Continuidade</b>	<i>Periodicidade das Sessões de SC</i>
	<i>Formação em SCE</i>
	<i>Formação sobre o C-S2AFECARE-Q</i>
	<i>Possibilidade de Escolher o Supervisor Clínico</i>
	<i>Contacto com o Supervisor Clínico</i>
	<i>Momentos de Reunião em Equipa</i>

Para o sucesso do processo supervisivo, é fundamental estabelecer um clima de aprendizagem que favoreça o bem-estar, a autoestima e a motivação, tanto do supervisor clínico, como do supervisionado. Deste



modo, afigura-se como imprescindível o recurso a estratégias de supervisão centradas no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades e na viabilização de suporte adequado ao supervisionado.

### **Estratégias Supervisivas**

Por estratégia entende-se o plano de intervenção através do qual se escolhe, organiza e gere as atividades e os recursos necessários à consecução de um determinado objetivo (Simões, Alarcão e Costa, 2008).

No discurso dos participantes foi possível identificar Estratégias Supervisivas implementadas durante a operacionalização do modelo de supervisão que concorrem para a valorização do exercício dos enfermeiros, tendo sido perçecionadas pelos supervisionados como pertinentes, relevantes e adequadas pelo contributo que assumem na melhoria das práticas clínicas.

As estratégias de SCE são consideradas meios para a otimização do desempenho clínico do enfermeiro sendo fundamental que o supervisor clínico possua não só conhecimento sobre a forma mais eficiente de promover o desenvolvimento pessoal e profissional do supervisionado, mas também seja capaz de assegurar os recursos adequados às necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento dos enfermeiros (Chong, 2009; Moura e Mesquita, 2010) e de selecionar as estratégias supervisivas que melhor se adequem às características do supervisionado.

A investigação produzida no domínio da identificação de estratégias de SC é escassa e a que existe, reporta-se quase exclusivamente à supervisão de estudantes e às estratégias utilizadas no ensino clínico de enfermagem, contudo começam a emergir no panorama nacional alguns esforços no sentido de aprofundar o conhecimento sobre estratégias em SCE.

Pinto (2013) e Rocha (2013) efetuaram uma análise da evidência a este respeito e compilaram as estratégias supervisivas consideradas mais relevantes para a SCE, num total de 16 estratégias: sessões de supervisão

individuais e de grupo; *feedback*; análise crítico-reflexiva das práticas; análise de casos com o supervisionado; análise de casos em grupo; auto supervisão; análise de documentação dos cuidados de enfermagem; demonstração; relatório reflexivo; supervisão à distância via telefone, *e-mail* ou *skype*<sup>®</sup>; apoio; formação contínua e observação.

### *Estratégias Supervisivas Identificadas*

No discurso dos participantes foram identificadas algumas das estratégias supervisivas compiladas por Pinto (2013) e Rocha (2013), e que se incluem na subcategoria Estratégias Supervisivas Identificadas, nomeadamente: a observação, a demonstração, o apoio, o *feedback*, a análise de casos, as reuniões de supervisão, a reflexão e estratégias de supervisão à distância como o uso do telefone e do *e-mail*. Foi ainda identificada pelos entrevistados a orientação, como uma estratégia supervisiva usada pelos supervisores clínicos, estratégia amplamente abordada no âmbito da supervisão de estudantes por Garrido, Simões e Pires (2008).

Os participantes identificaram a observação como uma estratégia utilizada pelos supervisores clínicos:

---

*“Observação (...)” E1 e E8; “(...) estar a observar (...)” E9.*

---

A observação é uma estratégia supervisiva que permite registar informações, estabelecer critérios, dar opinião e providenciar *feedback* adequado e essencial para a otimização da comunicação e dos processos de auto e hétero conhecimento (Fonseca, 2006 cit. por Rocha, 2013). Permite verificar o progresso e desenvolvimento do desempenho do supervisionado e, simultaneamente, possibilita ao supervisor clínico um registo pormenorizado sobre os aspetos que considera relevantes avaliar, registo esse que constitui uma fonte de dados relevante para o supervisor poder sinalizar a frequência com que determinados comportamentos ocorrem (Simões, 2004).

De realçar, o ênfase que os participantes atribuíram à observação enquanto estratégia de promoção do crescimento e desenvolvimento do supervisionado e não enquanto processo de inspeção, avaliação de desempenho ou punição:

.....  
“(...) não aquela observação de estar em cima de nós, como inspeção, não! Não é nesse sentido, mas sim observação no sentido de nos orientar e fazer com que haja crescimento (...)” E1.  
.....

Outra estratégia enumerada pelos supervisionados foi a demonstração:

.....  
“A demonstração (...)” E9; “A demonstração também já aconteceu (...)” E10.  
.....

A demonstração consiste num processo através do qual, o supervisor clínico explica ou ensina o supervisionado como executar ou abordar uma situação particular, recorrendo a métodos de exemplificação (Carvalho, 2003 cit. por Rocha, 2013), e é considerada uma estratégia de grande utilidade em situações que requeiram o treino de habilidades e procedimentos (Gomes e Germano, 2007 cit. por Pinto, 2013).

Para os entrevistados o recurso à demonstração constituiu um aspeto facilitador:

.....  
“(...) fazer uma demonstração de alguma coisa, que nós se calhar já não nos recordamos, isso facilita muito (...)” E9.  
.....

O apoio foi outra das estratégias identificada pelos enfermeiros:

.....  
“Também há o apoio no sentido de estar connosco, tirar-nos as dúvidas (...)” E1; “(...) sinto-me apoiada, sem dúvida (...) pergunto-lhe e ela [supervisora clínica] ajuda-me, sinto-me apoiada (...)” E5; “O apoio sempre (...)” E10.  
.....

Esta estratégia visa promover o suporte ao supervisionado na sua prática clínica, minimizar o desgaste inerente ao exercício profissional e aumentar a satisfação pessoal, sendo decisivo para o desenvolvimento do

supervisionado a relação que se estabelece com o supervisor clínico e o suporte conferido pelos seus pares (Pinto, 2013).

O *feedback* é referenciado na literatura como sendo uma das estratégias mais relevante na SCE. Baseia-se num processo interativo que visa promover a consciencialização do supervisionado sobre o seu desempenho, num processo de heteroavaliação que confirma e complementa a autoavaliação, sendo por isso considerado um pilar básico no desenvolvimento do supervisionado (Ping, 2008 cit. por Rocha, 2013). Esta estratégia pode ser usada para corrigir de uma forma construtiva determinado comportamento ou atitude (*feedback* negativo) ou para reforçar um determinado comportamento (*feedback* positivo) (Eraut, 2006 cit. por Pinto, 2013).

Os enfermeiros supervisionados afirmaram que os seus supervisores clínicos adotaram esta estratégia:

---

*“(...) feedback do meu desempenho (...)” E1; “(...) feedback em alguns aspetos (...)” E2; “(...) o supervisor dá o seu feedback, a sua opinião sobre (...)” E6; “(...) há feedback (...)” E9; “(...) o feedback, sim pode-se dizer que sim (...)” E10.*

---

O uso desta estratégia de supervisão contribui para a valorização e validação das ações dos supervisionados, o que parece estar de acordo com o estudo realizado por Cross, Moore e Ockerby (2010), no qual os participantes destacaram a importância do recurso ao *feedback* positivo por parte do supervisor clínico.

O *feedback* constitui um componente do processo formativo com impacto ao nível do desenvolvimento da prática reflexiva e direcionada para o crescimento pessoal e profissional, devendo os supervisores clínicos, ser encorajados à sua utilização nos contextos (Pinto, 2013).

A análise de casos consiste numa estratégia que apela à reflexão e permite a desconstrução e construção do conhecimento, através da análise, discussão e partilha de opiniões, numa perspetiva reflexiva sobre a realidade (Vieira e Vieira, 2005 cit. por Pinto, 2013). Constitui uma

estratégia potenciadora do saber contextualizado através da observação de casos concretos da prática clínica (Rocha, 2013), com elevado valor formativo pelo seu caráter analítico (Alarcão e Tavares, 2007).

Dois dos participantes deste estudo, identificaram a análise de casos como uma estratégia utilizada pelos supervisores clínicos:

---

*“(...) análise de casos (...)” E8; “(...) discussão de casos e situações pontuais (...)” E9.*

---

A opinião dos participantes corrobora a evidência sobre esta estratégia, que aponta a análise de casos como uma partilha e discussão de situações reais e problemas que advêm da prática clínica, através da qual se pretende o desenvolvimento do conhecimento e do pensamento crítico-reflexivo. As situações clínicas estão contextualizadas e apresentam um grau de complexidade e envolvimento sociocultural, que exigem uma análise detalhada e profunda (Simões, 2004).

---

*“(...) quando há discussões de casos faz com que haja um pensamento crítico e reflexivo que depois se reflete nas boas práticas dos cuidados, acabo por ser mais correta.(...)” E9.*

---

As reuniões de SC, foram apontadas pelos participantes, como uma importante estratégia, facilitadora da implementação de outro tipo de estratégias como a reflexão e a discussão das práticas clínicas:

---

*“Temos as reuniões de apoio (...)” E1; “As reuniões também são importantes, muito produtivas (...)” E9.*

---

As sessões de supervisão permitem aos enfermeiros experienciarem uma sensação de bem-estar, na medida em que se constituem como espaços de partilha de experiências e dificuldades, onde podem percecionar o apoio e suporte dos pares na superação dessas dificuldades (White *et al.*, 1998 cit. por Rocha, 2013). No decurso destas sessões, que podem ser individuais ou de grupo, os supervisionados são encorajados a utilizarem processos de reflexão na, sobre e para a ação e ferramentas como a discussão (Sealy, 2006 cit. por Pinto, 2013). Esta estratégia reveste-se de um inestimável valor para a enfermagem, pois confere uma

oportunidade singular de reflexão e partilha de opiniões e/ou sugestões relevantes para o percurso formativo dos enfermeiros e para a otimização da qualidade e segurança das práticas clínicas.

---

*“Nas reuniões utiliza-se e vê-se a parte reflexiva, a estratégia reflexiva, pensarmos e refletirmos sobre o que estamos a falar (...) a decidir (...)”*  
E6.

---

A reflexão foi outra das estratégias identificada pelos participantes e que assume um duplo papel na SCE. Por um lado, constitui uma estratégia supervisiva, e por outro, pode ser considerada um processo que sustenta a partilha de ideias e opiniões entre os enfermeiros, sendo percebida como uma ferramenta essencial à utilização de outro tipo de estratégias, como é o caso das sessões/reuniões de SC.

---

*“(...) alguma reflexão (...)”* E2; *“(...) a reflexão sobre cuidados em que às vezes tenho dúvidas (...)”* E5.

---

A prática reflexiva possibilita aos enfermeiros aprenderem através da experiência, compreenderem e desenvolverem a sua prática, tornando-se uma “estratégia formativa essencial” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 99), cuja relevância esteve presente no discurso dos participantes.

Tal como refere a evidência, o recurso a estratégias de SC à distância como o uso do telefone e do *e-mail* é uma realidade, cada vez mais presente nos contextos, facilitadora da comunicação e partilha entre supervisores clínicos e supervisionados, na medida em que se processa sem a necessária presença física dos intervenientes:

---

*“(...) mais até a nível de telefones e emails do que pessoalmente. Às vezes é difícil jogarmos uns com os outros os horários, mais a nível de emails e telefonemas, têm sido utilizados, mas têm sido utilizadas estas estratégias (...)”* E6; *“(...) por email se calhar conseguimos debater (...)”*  
E10.

---

A disponibilidade de novas ferramentas de comunicação, como o telefone e a internet, facilitam a interatividade entre os atores implicados

no processo e permitem que distâncias físicas sejam diminuídas (Prado e Rosa, 2008 cit. por Pinto, 2013).

Outra estratégia enumerada pelos participantes foi a orientação:

.....  
“(...) em relação à minha supervisora (...) sinto que há orientação por parte dela (...)” E1; “Orientação, penso que sim, que a [supervisora clínica] orienta-nos, vai-nos orientado quando temos os turnos juntas (...)” E5; “(...) orientação, sim. (...)” E6; “(...) orientação ela [supervisora clínica] foi dando conforme eu fui solicitando.” E7; “(...) orientação (...)” E8.  
.....

A orientação baseia-se “numa relação interpessoal dinâmica, encorajadora e facilitadora do processo de desenvolvimento e aprendizagem consciente, procurando desenvolver (...) a capacidade de tomar decisões apropriadas” (Alarcão e Tavares, 1987 cit. por Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 28).

Alguns autores referem-se à orientação não como uma estratégia supervisiva, mas antes como uma das finalidades das estratégias de supervisão (Simões e Garrido, 2006).

Independentemente de poder ser assumida como uma estratégia tradicionalmente mais direcionada para a supervisão de estudantes, ou como uma finalidade em si mesma, os entrevistados identificaram-na como tendo estado presente na relação supervisiva e sido utilizada pelos supervisores clínicos nos processos supervisivos.

As estratégias supervisivas não devem ser mutuamente exclusivas, mas antes usadas em complementaridade, tendo em consideração a individualidade e as necessidades dos supervisionados e a singularidade das situações e características do contexto envolvente.

### *Adequação das Estratégias Supervisivas*

No que se refere à adequação das Estratégias Supervisivas, os enfermeiros referiram que as estratégias aplicadas foram oportunas, adequadas e pertinentes para o seu exercício profissional:

---

*“As estratégias têm sido oportunas (...) não tiveram nenhum cariz negativo, não trouxeram constrangimento (...) só têm valorizado (...)” E2; “(...) as estratégias, mediante as condições, foram as mais adequadas (...)” E7; “Eu considero-as quase todas pertinentes (...) são estratégias também usadas no contexto da supervisão de estudantes (...) não as considero de todo negativas, considero-as (...) essenciais e necessárias. Porque se não houver isso, não podemos identificar o que é que está errado, ou quais são as dificuldades, ou o que é que precisa de ser melhorado. Não tendo este tipo de estratégias não se consegue evoluir, não se consegue avançar, melhorar (...)” E8; “Considero oportunas (...)” E9.*

---

Na opinião dos supervisionados as estratégias supervisivas identificadas *“(...) ajudam sempre a melhorar (...)” E10.*

A evidência sugere que, é essencial que os supervisores clínicos desenvolvam a capacidade de se questionarem continuamente e refletirem sobre a adequação das estratégias face à singularidade das situações, tendo como finalidade o desenvolvimento do supervisionado (Garrido, Simões e Pires, 2008).

O contexto organizacional e cultural envolvente à SCE é outro aspeto determinante no processo de supervisão (Garrido, Simões e Pires, 2008). A operacionalização de um modelo de SC depara-se com fatores que decorrem dessa contextualização e que podem ser facilitadores, ou pelo contrário, dificultadores da implementação de estruturas supervisivas.

### **Fatores Facilitadores**

Da análise do discurso dos participantes emergiu a categoria Fatores Facilitadores da implementação do projeto C-S2AFECARE-Q, que agrega as subcategorias: *motivação, parceria com instituição de ensino, envolvimento e apoio dos órgãos de gestão, perspetiva de continuidade e relação supervisiva*. Os aspetos enumerados foram identificados pelos enfermeiros como elementos facilitadores à implementação de uma estrutura de SCE.



## Motivação

A motivação dos enfermeiros para participarem num projeto inovador constitui um fator facilitador à sua implementação:

---

*“(...) é um projeto piloto (...) não temos conhecimento de outros locais onde isso está a ser feito. Portanto, acabamos por ser um serviço pioneiro (...)” E9; “(...) é uma forma diferente de ver a enfermagem (...)” E10.*

---

A inovação no contexto nacional, afigurou-se como um aspeto que contribuiu para o aumento dos níveis de motivação e implicação no projeto. A SCE é considerada pelos enfermeiros envolvidos no projeto “(...) uma área de interesse (...)” E1, que “(...) agrada bastante (...)” E7 e que tem “(...) todo o interesse (...)” E8. “A supervisão de pares é importante (...)” E7 e “(...) essencial nos serviços (...)” E7, sendo perspectivada como “(...) algo de pertinente no contexto do que é a profissão e do que é a essência da enfermagem (...)” E8.

A opinião dos entrevistados corrobora o estudo de Monteiro (2014), no qual a motivação é percebida pelos enfermeiros gestores do CHMA como um fator facilitador da implementação do modelo de SC.

O gosto pela temática é um aspeto que concorre para a motivação dos enfermeiros e que consiste num subsídio positivo à implementação do projeto.

---

*“(...) motivou-me e é realmente uma área que me seduz (...) motivou-me a querer desenvolver mais competências nesta área (...)” E1.*

---

A identificação de oportunidades de aprendizagem para melhorar o desenvolvimento da enfermagem constitui um benefício imputado à SCE (NZNO, 2011).

A evidência sugere que, fatores individuais e organizacionais interferem na participação dos enfermeiros em processos supervisivos (Gonge e Buus, 2010). As questões que se relacionam com motivação para participar no projeto contribuem para aumentar a receptividade dos enfermeiros ao C-S2AFECARE-Q e o seu investimento:

---

*“(...) já tinha ouvido falar em supervisão clínica (...) portanto (...) estava mais receptiva (...) quando foi implementado (...) este projeto achei que tinha alguma pertinência (...)” E8.*

---

A motivação interfere na produtividade e no incentivo à participação e diminui consideravelmente a resistência à mudança (Abreu, 2007). Assim sendo, considera-se o gosto pela temática e a percepção de inovação do projeto como aspetos que concorrem para a motivação dos enfermeiros, sendo deste modo, um contributo passível de melhorar a sua produtividade e auto-implicação no projeto e diminuir a resistência à mudança.

#### *Parceria com Instituição de Ensino*

*“A parceria Centro Hospitalar com uma instituição de ensino é importante (...)” E1, sendo “(...) importante que (...) haja (...) uma instituição de ensino por trás (...)” E1 do projeto, capaz de conferir sustentabilidade ao processo de operacionalização.*

Este aspeto foi referenciado vincadamente por um dos participantes do estudo, que se reportou à parceria entre a ESEP e o CHMA como sendo um fator facilitador da implementação e continuidade do C-S2AFECARE-Q:

---

*“(...) estas reuniões de grupo e a ‘vossa’ [ESEP] ajuda (...) têm realmente sido muito benéficas (...) acho que este projeto (...) sem o vosso grupo por trás (...) seria muito difícil de implementar e seria muito difícil ter continuidade e ser sustentável (...) eu acho que o estar a instituição de ensino por trás que é importante (...)” E1.*

---

O suporte conferido pelos investigadores da ESEP é considerado uma mais-valia. A constatação de que o projeto poderia não ter viabilidade futura, caso não estivesse disponível o suporte da instituição de ensino, esteve presente no discurso do entrevistado, pelo que, é possível afirmar que esta parceria institucional tem sido um fator facilitador da operacionalização projeto.

No âmbito da supervisão de estudantes, a evidência sugere que, a articulação efetiva entre o ensino e os contextos de trabalho, o

desenvolvimento de protocolos de cooperação entre as escolas de enfermagem e as instituições de saúde e o investimento em projetos conjuntos entre enfermeiros docentes e enfermeiros da prática clínica, é facilitadora da aproximação entre o conhecimento simbólico e o conhecimento experiencial e favorecedora da introdução de mudanças a nível da formação e da prestação de cuidados (Garrido, Simões e Pires, 2008).

O ensino de enfermagem está fortemente ligado aos contextos clínicos, dada a natureza essencialmente prática da profissão, sendo desejável a colaboração mútua entre as escolas e as organizações onde decorre o ensino clínico dos estudantes (Pires *et al.*, 2004). Esta aproximação favorece a manutenção de elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e contribui para a inovação e desenvolvimento da prática clínica, em contextos cada vez mais complexos (Pires *et al.*, 2004).

No que se refere à SCE, a evidência não aborda esta articulação institucional contudo, estabelecendo um paralelismo com o referenciado pelo participante, é possível afirmar que, a escola e a instituição de saúde são locais de formação que permitem “desenvolver os diferentes saberes, proporcionando uma construção reflexiva de um projeto profissional” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 78). A parceria efetiva entre instituições de ensino e contextos de trabalho contribui, não só para o desenvolvimento dos estudantes em ensino clínico, mas também para o crescimento dos enfermeiros e da própria profissão (Pinto, 2000 cit. por Pires *et al.*, 2004), sendo essencial a concertação de esforços para colmatar a dicotomia teoria/prática e o investimento em projetos conjuntos, que produzam mudanças no sentido da qualidade, da promoção de uma PBE e da construção do conhecimento da disciplina de enfermagem.

#### *Envolvimento e Apoio dos Órgãos de Gestão*

O C-S2AFECARE-Q “(...) foi abraçado pela instituição (...)” E1 que “(...) quer realmente que isto vá para a frente, porque é sem dúvida uma melhoria para o cliente e para a instituição (...)” E6.

Os participantes reconheceram nos seus superiores hierárquicos e nos órgãos de gestão do CHMA interesse, empenho e motivação com o projeto:

---

*“(...) em relação à perspetiva dos nossos superiores, eu acho que o hospital está motivado, não só por ser uma coisa nova e (...) gerar muitos benefícios, mas também porque eu acho que eles [administração] (...) gostam de incutir (...) o espírito de querermos saber mais (...) e de irmos crescendo pessoal e profissionalmente (...) é uma oportunidade que (...) nos estão a dar (...)” E3; “(...) a administração está empenhada no projeto (...) as chefias (...) aqueles que estão no topo da tomada de decisões (...) estão motivados para a implementação (...) e continuação deste projeto (...)” E8.*

---

A evidência sugere que “os gestores devem apoiar a SC, dado que se revela importante para a qualidade de cuidados e para a prática baseada em evidências” (Abreu e Marrow, 2012, p. 16).

Os entrevistados afirmaram a existência de apoio por parte dos gestores do CHMA e referiram que “(...) a instituição está a dar (...) condições para este projeto ser implementado (...)” E9, o que está de acordo com a evidência sobre a temática.

O CHMA “(...) abraça este projeto (...)” E1 e na perspetiva dos supervisionados é uma “(...) mais-valia para a instituição, ser alargado aos outros serviços (...)” E1, verificando-se um claro investimento institucional no projeto, “(...) vontade da instituição há e muita! (...)” E2, e uma disponibilização de recursos para que a SCE possa “(...) fazer parte da cultura do próprio hospital (...)” E2.

A contabilização das horas das sessões de SC como tempo efetivo de serviço constituiu na opinião dos participantes um fator facilitador e com impacto sobre a motivação dos profissionais:

---

*“Facilita as reuniões serem contabilizadas como tempo de serviço (...) dão-nos aquelas horas para acumular no saldo mensal, claro que ajuda. (...) as pessoas sentem um estímulo da parte da instituição (...) ajuda a estimular (...)” E2; “(...) proporcionou (...) tempo que a gente não tinha e que se calhar o serviço não conseguia dispor, quer para formação da*

---

*equipa, quer para termos tempo para pôr isto [projetos de melhoria] no papel (...)" E3.*

---

A falta de tempo e a sobrecarga de trabalho constituem barreiras à implementação e manutenção da SC (Dilworth *et al.*, 2013), sendo considerado fundamental ter tempo dedicado à discussão do trabalho e ao exercício reflexivo (NHS, 2009; Cross, Moore e Ockerby, 2010). Os decisores políticos e responsáveis do CHMA têm disponibilizado tempo para os enfermeiros se dedicarem à SC, o que está de acordo com o que é sugerido pela evidência.

Os fatores que dificultam a implementação de processos supervisivos podem ser minimizados se forem suportados por decisões estratégicas coerentes. White e Winstanley (2009) referem que é essencial o investimento de todos os atores envolvidos no processo: enfermeiro, instituição e cliente.

Por outro lado, a disponibilização de recursos materiais como um espaço para as sessões de SC e equipamentos audiovisuais facilitadores da interação entre os enfermeiros, constituiu outro aspeto destacado pelos participantes:

---

*"(...) a nível de (...) instalações, não temos o constrangimento de estar à procura de instalações. Proporcionou as instalações (...)" E2; "(...) disponibilização de equipamento, espaço, a sala de reuniões, de outro equipamento para podermos discutir isto melhor em grupo, estamos a falar de retroprojetores (...) o serviço não tem uma sala de reuniões própria (...)" E6.*

---

Ambientes de prática positiva, caracterizam-se por um conjunto de aspetos, onde se inclui o acesso a equipamentos e materiais de apoio adequados (ICN, 2014), pelo que a disponibilização de recursos materiais por parte do CHMA contribui positivamente e é facilitador do projeto.

Segundo os enfermeiros, a administração do CHMA está mais recetiva aos projetos de melhoria contínua da qualidade que são concebidos no

âmbito do C-S2AFECARE-Q e referiram uma desburocratização do processo de autorização para implementação desses projetos:

---

*“(...) a instituição está colaborante (...) e recetiva ao que sai dessas reuniões. Recetiva em os conhecer [projetos de melhoria contínua da qualidade], conhecer quais são as melhorias que (...) podemos implementar (...) está recetiva aos projetos que nascem desta supervisão e deste C-S2AFECARE-Q (...)” E6; “(...) veio ajudar (...) no sentido de termos alguém que nos assine os projetos (...)” E3.*

---

O envolvimento e apoio da instituição foram considerados fatores facilitadores ao projeto, na perspetiva dos supervisores clínicos (Borges, 2013) e dos enfermeiros gestores (Monteiro, 2014) do CHMA, aspeto que é validado no discurso dos supervisionados.

No estudo de Cruz (2012), na fase que antecedeu à implementação do MSCEC, a gestão de topo foi referenciada pelos enfermeiros como um fator inibidor da implementação da SCE, pela falta de reconhecimento e reforço positivo junto das equipas. A opinião dos supervisionados contraria esta perspetiva, e é possível afirmar que, na atualidade, os órgãos de gestão do CHMA encontram-se motivados, empenhados pois como refere um participante *“(...) a instituição reconhece que o C-S2AFECARE-Q tem visibilidade, (...) reflexos positivos e (...) ganhos na qualidade dos cuidados (...)” E2.*

A evidência sugere que, o apoio e compromisso contínuo da instituição constitui um fator essencial para permitir que o processo superviso seja duradouro dado que, promove o entusiasmo e a coesão entre todos os atores envolvidos (White e Winstanley, 2009). A opinião dos supervisionados corrobora esta evidência, tendo sido destacado o envolvimento e apoio proporcionado pelo CHMA como um fator positivo e facilitador do projeto.

### *Perspetiva de Continuidade*

A perspetiva de continuidade do projeto, foi um dos aspetos que emergiu do discurso dos participantes:

.....  
“(...) é um projeto que vai ser para continuar (...) acho que é (...) sustentável e é para continuar (...) é para continuar (...) é importante e (...) tem pernas para andar (...)” E1; “(...) isto não é um projeto acabado, é um projeto contínuo e sendo da instituição claro que é para continuar (...) a instituição (...) manifestou (...) que (...) é um trabalho (...) para ser prosseguido (...)” E2; “(...) a instituição quer realmente que isto vá para a frente (...)” E6.  
.....

O investimento da instituição no C-S2AFECARE-Q é percebido pelos enfermeiros como um elemento promotor da sustentabilidade e continuidade do projeto:

.....  
“(...) se nesta fase tão crítica, a administração apostou (...) seria um erro no futuro (...) deixar de ter este (...) projeto ou deixar de ter o modelo de supervisão clínica em enfermagem nesta instituição (...)” E8.  
.....

Os participantes mencionam, ainda, que no futuro o projeto pode ser implementado em toda a instituição:

.....  
“(...) a longo prazo será um modelo para ser instituído a todos os serviços, a todos os enfermeiros, independentemente do local de trabalho (...)” E8; “(...) seríamos o serviço modelo para depois alargar a todo o centro hospitalar (...)” E7; “(...) se estes dois serviços conseguirem produzir projetos interessantes que melhorem (...) a instituição, a administração, vai trazer a supervisão clínica para o resto dos (...) serviços (...)” E6.  
.....

Os enfermeiros reconheceram que existe uma visão e missão partilhada com responsabilidade individual e coletiva, convergência conceptual e investimento num projeto colaborativo, onde todas as partes estão envolvidas. As instituições deverão ser ambientes de prática positiva que “apoiam a excelência e trabalho, (...) esforçam-se para assegurar a saúde, segurança e bem-estar pessoal dos funcionários, apoiam cuidados de qualidade e melhoram a motivação, produtividade e desempenho dos indivíduos e organizações” (ICN, 2014, p. 54). Este investimento institucional contribui para a satisfação dos profissionais, diminuição das taxas de absentismo e rotatividade, aumento da motivação e produtividade

e melhoria do desempenho como um todo (ICN, 2014). Por outro lado, a investigação sugere que os enfermeiros sentem-se mais atraídos por locais de trabalho onde existem oportunidades de desenvolvimento profissional que proporcionem autonomia e participação nas tomadas de decisão (ICN, 2014).

A partilha de uma finalidade e de uma visão integrada, a par da perspetiva de continuidade perpetuada pelo posicionamento da instituição, constitui um fator facilitador, não só pela oportunidade de crescimento profissional que está a ser proporcionada aos enfermeiros, mas também pela perspetiva consistente de investimento institucional futuro numa área que é do agrado dos enfermeiros e que produz impacto no exercício profissional e na segurança e qualidade das práticas clínicas.

### *Relação Supervisiva*

A SCE foca-se no relacionamento profissional entre um supervisor clínico e um enfermeiro da prática clínica, cabendo ao primeiro elemento transmitir conhecimentos e partilhar experiências para que os seus pares possam interiorizar e refletir, superar dificuldades e desenvolver as suas práticas de forma sustentada (Garrido, Simões e Pires, 2008).

A natureza da relação supervisiva condiciona a eficácia e é apontada como a chave do sucesso do processo supervisivo (Abreu, 2007; Garrido, Simões e Pires, 2008).

O desenvolvimento dos enfermeiros é

“é influenciado pelas vivências pessoais, interativas, que ocorrem ao longo da nossa existência e têm lugar em contexto sociais, políticos, histórico-culturais determinados. É importante que os supervisores se recordem deste facto (...) e ajudem os supervisionados a autoconhecerem-se e a compreenderem as condições da sua existência, assim como a evolução dos conceitos e práticas” (Alarcão e Canha, 2013, p. 70).

Os participantes retrataram a relação supervisiva como positiva e promotora do desenvolvimento pessoal e profissional:



.....  
“(...) a relação com a supervisora ajuda a crescer com a troca de experiências (...) a relação pessoal e profissional com a [supervisora clínica] é muito favorável, é excelente (...)” E2; “(...) tenho uma boa relação com a [supervisora clínica] (...) uma relação de partilha (...)” E1; “(...) tem sido uma relação boa (...)” E9; “(...) a relação (...) quer pessoal quer profissional, é boa (...)” E10.  
.....

A relação entre supervisor clínico e supervisionado é mencionada como uma componente essencial na maioria das definições de SCE (Sloan, 2005), sendo considerada um dos elementos mais relevante no desenvolvimento da *expertise* clínica e formação da identidade profissional do supervisionado (Laitinen-Väänänen, Talvitie e Luukka, 2007). O discurso dos entrevistados enfatizou o contributo favorável da interação com o supervisor clínico sobre o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e corrobora o sugerido pela evidência nesta área.

Um supervisor clínico deve demonstrar conhecimentos relevantes na área de atuação e ter habilidades práticas reflexivas, maturidade profissional, abertura, inspirar confiança e reunir um conjunto de caraterísticas que permitam o estabelecimento de um relacionamento interpessoal positivo, de modo a assegurar uma relação de ajuda e partilha, facilitadora do desenvolvimento profissional e promotora de desafios aos enfermeiros (NHS, 2009, 2011).

Algumas das caraterísticas sugeridas pelo NHS (2009, 2011) relativamente ao supervisor clínico, foram reconhecidas e valorizadas pelos participantes:

.....  
“É uma pessoa a quem podemos recorrer (...) está sempre disponível e mesmo a nível de troca de experiências (...) está disponível para em conjunto refletirmos (...)” E2; “(...) consigo estabelecer uma comunicação acerca de dúvidas que me inquietam (...) nós não sabemos tudo (...) tenho uma relação boa com ela [supervisora clínica] (...) consegue-me sempre explicar certas coisas com a experiência dela (...)” E5; “(...) consegue através da sua capacidade de comunicação, de empatia e de relacionamento e da sua experiência profissional (...) da sua

*personalidade deixar-nos muito à vontade para falarmos de várias coisas (...)*” E6.

---

A empatia, a abertura e o diálogo são aspetos considerados essenciais numa relação supervisiva e facilitadores da comunicação entre supervisor e supervisionado, contribuindo para a criação de um ambiente propício à aprendizagem e crescimento dos intervenientes e para o êxito do processo supervisivo (Tavares, 2013), aspeto que foi validado e reforçado no discurso dos entrevistados.

“A atmosfera afectivo-relacional que envolve todo o processo supervisivo condiciona-o, negativa ou positivamente, pelo que, esta constitui uma das peças fundamentais do processo, devendo assentar, desde o início, numa boa relação entre supervisor e supervisando” (Pires, 2004, p. 44).

O estabelecimento de *“(...) uma relação supervisor-supervisionado excelente, positiva, onde há feedback e troca de experiências (...)”* E2, foi considerado pelos participantes como fundamental e facilitador da operacionalização do C-S2AFECARE-Q, na medida em que promove um bom entendimento entre os pares, contribui para a criação de uma atmosfera afectivo-relacional de confiança favorável ao trabalho em parceria e incentiva o supervisionado a tornar-se um elemento ativo e comprometido com o seu processo de aprendizagem (Santiago e Cunha, 2011). Por outro lado, a evidência sugere que, a troca de experiências entre supervisor clínico e supervisionado é promotora da reflexão sobre a prática clínica e contribui para minimizar o hiato entre a teoria e a prática (Laitinen-Väänänen, Luukka e Talvitie, 2008). A troca de experiências decorrente da relação supervisiva é mencionada pelos participantes como um aspeto que fomenta a reflexão sobre a prática clínica, o que está de acordo com o que é referido por alguns investigadores (Laitinen-Väänänen, Luukka e Talvitie, 2008).

Porém, num projeto desta natureza nem todos os fatores concorrem positivamente para o seu sucesso, sendo igualmente possível enumerar aspetos que contribuem negativamente para o processo e cuja

identificação é de extrema importância, na medida em que, poderá permitir delinear estratégias que minimizem os fatores negativos e maximizem as potencialidades do projeto.

### **Fatores Limitadores**

Da análise do discurso dos participantes, emergiram dados que possibilitaram a identificação de Fatores Limitadores ao processo de implementação do C-S2AFECARE-Q, designadamente: a *Falta de Conhecimentos sobre SCE*, a *Falta de Motivação* da equipa, a *Sobrecarga de Trabalho*, as *Políticas Governamentais*, os *Critérios de Seleção do Supervisor Clínico*, o *Tempo de Contacto com o Supervisor Clínico*, e os *Indicadores de Qualidade* monitorizados no projeto.

#### *Falta de Conhecimentos sobre SCE*

A SCE tem vindo a desenvolver-se na Europa a ritmos distintos, tendo sofrido grande evolução após os acontecimentos trágicos ocorridos no início da década de 90 do século passado, no Reino Unido, que trouxeram a debate público as questões do acompanhamento do processo de desenvolvimento pessoal e profissional nos contextos da prática.

O reconhecido carácter ansiogénico do trabalho e a vulnerabilidade à exaustão emocional fez emergir a constatação da necessidade de criar estruturas, que permitissem a redução dos níveis de stresse e ansiedade nos profissionais de saúde e a ocorrência de problemas de ordem psicopatológica que pudessem por em causa a integridade e segurança dos cuidados disponibilizados aos clientes (Abreu, 2007). Assim, a SCE passou “a ser considerada fundamental e imprescindível, na medida em que, para além de promover práticas de qualidade, permitia apoiar e dar suporte aos profissionais, favorecendo a segurança dos pacientes” (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 13).

O reconhecimento da importância da SCE para o desenvolvimento da profissão não foi contudo acompanhado por uma formação dos profissionais

levando a que, apesar da transformação das mentalidades e mudança de convicções sobre a SC persistam, ainda, ideias erróneas sobre a SCE. O discurso dos participantes espelha que persistem na atualidade concepções erradas relativamente ao significado da supervisão:

---

*“(...) a supervisão ainda tem uma conotação um bocado negativa, por causa da questão de nós estarmos a ser supervisionados, estamos a ser se calhar vigiados pelos pares e não estamos habituados (...)” E9.*

---

O desconhecimento sobre foi apontado como podendo ser um fator desvalorizador da SCE:

---

*“(...) há colegas que não valorizam a supervisão! E acho que é pela questão de (...) terem uma ideia errada (...) por causa de não conhecerem realmente a sério a supervisão, de não a levarem a sério (...)” E9.*

---

O associar a função do supervisor clínico à inspeção do trabalho do enfermeiro foi igualmente reportado pelos participantes:

---

*“(...) alguns elementos veem a supervisora como se estivesse ali a inspecionar o trabalho (...)” E1; “(...) aquelas pessoas que não têm formação (...) que nunca tiveram contato com a supervisão (...) acham que isto é sempre uma avaliação de colegas (...)” E3; “(...) há muito aquela ideia de ‘estão a vigiar o meu trabalho’ (...) pensam (...) que se calhar é uma forma de se vigiar os defeitos e de ver o que eu estou a fazer de errado e não veem isso como uma forma de reflexão (...) elogio aos aspetos positivos e oportunidade de correção de alguns que não estejam assim tão bem (...)” E7.*

---

De acordo com outros autores (Garrido, Simões e Pires, 2008) a supervisão, é “frequentemente, associada à ideia de inspeção e revisão do trabalho dos funcionários, mediante políticas e procedimentos pré-definidos” (p. 14).

No estudo de Borges (2013), o desconhecimento sobre o fenómeno da SCE constituiu, na perspetiva dos supervisores clínicos do CHMA, um fator limitador à implementação do projeto, informação que é corroborada no

estudo de Monteiro (2014), que se refere à perspectiva dos enfermeiros gestores.

A existência de concepções erradas sobre a temática suscita sentimentos de apreensão entre os profissionais e gera barreiras à implementação da SCE. Segundo Garrido (2004), o facto do termo supervisão estar associado à inspeção e verificação das práticas por um enfermeiro nomeado como supervisor, que tinha como função identificar aspetos negativos da atuação dos enfermeiros, contribuiu fortemente para a suspeição que perdura nos contextos clínicos. Contudo, o investimento na discussão, pesquisa e formação no âmbito da SCE, tem constituído um contributo para a mudança de mentalidades e perceções dos enfermeiros.

A identificação da falta de conhecimentos sobre SCE como fator limitador, foi um aspeto muito vincado pelos enfermeiros:

.....  
“Aquilo que eu sinto é efetivamente, como as pessoas não conhecem ou não fazem muito bem a ideia (...) há pessoas que estão renitentes (...)” E8;  
“(...) as nossas colegas mais velhas (...) tiveram dificuldades em perceber o que é que isto era, e se calhar sentiram-se (...) avaliadas (...) encaram a supervisão como uma inspeção (...) acho que isso também é um bocado cultura geral da enfermagem, que acham que a supervisão serve para isso, mas isso (...) é porque as pessoas não se informaram, não têm conhecimentos (...)” E3.  
.....

A evidência refere que, alguns enfermeiros não identificam qualquer benefício concreto decorrente dos processos supervisivos (Willson, Fawcett e Whyte, 2001), havendo mesmo aqueles que chegam a questionar o seu valor (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Paunonen-Ilmonen, 2002).

Apesar dos benefícios imputados à SCE, prevalecem juízos de valor errados acerca do fenómeno (Koivu, Saarinen e Hyrkäs, 2011) e verifica-se um certo ceticismo e desconfiança por parte de alguns enfermeiros quanto aos propósitos da SCE, o que contribui para comportamentos de resistência à implementação de processos supervisivos (Cross, Moore e Ockerby, 2010). Esta resistência deve-se em parte, à falta de informação sobre os objetivos da SCE, sendo fundamental clarificar as dúvidas que persistem sobre o

conceito, e à própria palavra “supervisão”, que é frequentemente associada à observação, inspeção e controlo (Cross, Moore e Ockerby, 2010).

O insuficiente esclarecimento sobre o C-S2AFECARE-Q foi mencionado por um participante, que considera que este facto pode ser promotor de desconfiança e resistência ao projeto:

---

*“(...) não foi bem esclarecido (...) houve (...) falha de informação (...)” E4.*

---

Estes aspetos concorrem para o abandono dos programas de supervisão (Hyrkäs *et al.*, 2003) pelo que, o reconhecimento da falta de conhecimentos sobre SCE como fator limitador é fundamental para delinear medidas de correção e intervenções dirigidas à minimização deste problema.

### *Falta de Motivação*

O sucesso de qualquer projeto depende diretamente da auto-implicação das pessoas envolvidas, do seu comprometimento e da sua motivação.

Os fatores que estimulam os indivíduos a fazerem algo, estão relacionados com uma hierarquia de necessidades e um impulso para a satisfação, que visa geralmente o crescimento e desenvolvimento pessoal. O grau de motivação de uma pessoa é uma questão que pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica nos contextos de trabalho, sendo por isso considerada uma componente significativa dentro das organizações (Batista *et al.*, 2005).

A motivação constitui o principal combustível da produtividade (Gil, 2010 cit. por Souza, 2011) e o sucesso das organizações depende, não só do alcance dos objetivos delineados, mas também dos profissionais que se movimentam nos contextos. São muitas as variáveis que interferem na motivação, sendo portanto um fenómeno complexo de definir. Contudo, o que importa neste âmbito, é perceber que a motivação é um estado psicológico no qual a pessoa encontra desejo, vontade, interesse e

disposição para a realização de uma determinada ação, alcançar objetivos ou metas (Souza, 2011).

A falta de motivação de alguns colegas relativamente ao C-S2AFECARE-Q foi referida pelos participantes:

.....  
“Acho que às vezes as pessoas ficam (...) desmotivadas (...) E2; “(...) as pessoas não estão motivadas para a implementação deste projeto (...) falta estimulação, sei lá, motivação (...)” E5; “(...) não está motivada [a equipa] (...)” E6; “(...) falta motivação (...)” E7; “Não me parece que a equipa esteja muito motivada para participar no projeto (...)” E8.  
.....

A motivação dos profissionais reflete-se nas interações que estabelecem com a equipa multiprofissional, com os clientes e com a própria comunidade, e influencia ou direciona o comportamento dos indivíduos nos contextos de trabalho, sendo essencial identificar os fatores que interferem negativamente com o grau de motivação dos enfermeiros e procurar soluções para atender e superar as necessidades identificadas.

A desmotivação constitui um fator com influência negativa sobre a operacionalização do projeto e na opinião dos entrevistados, o facto de os enfermeiros começarem “(...) a perder um bocadinho a motivação (...)” E4, prende-se com variados motivos, entre os quais a falta de conhecimentos sobre SCE e a renitência que daí advém:

.....  
“(...) a supervisão clínica acaba por ser daquelas coisas que nós enfermeiros neste momento, olhamos e dizemos assim: “aquilo vai trazer alguma coisa de concreto?!” Pouco! Portanto, não nos interessa!” E6; “(...) não tendo conhecimentos (...) também não ajuda (...)” E5; “(...) não conhecerem realmente a sério a supervisão (...)” E9.  
.....

E por outro lado, perspetivarem o projeto como um acréscimo de trabalho:

.....  
“(...) o busílis da desmotivação, reside no facto de nos focarmos mais nos trabalhos que temos que desenvolver (...) não querem ter tanto trabalho (...)” E2; “(...) acabamos por estar cansados de dar, sem receber (...)” E4;  
.....

*“(...) não querem estar com o trabalho (...) implica mais algum trabalho (...)” E7.*

---

A questões inerentes à sobrecarga de trabalho serão aprofundadas mais adiante, no entanto, no discurso dos enfermeiros foi possível depreender que a falta de motivação constitui um fator limitador ao projeto e, mesmo os elementos que estão empenhados na consecução dos objetivos, acabam por sofrer com a desmotivação que observam nos seus colegas:

*“(...) a desmotivação dos enfermeiros mais novos tem muito a ver com o facto de não verem motivação nos elementos mais velhos e acabam por não aderirem como deveriam aderir porque veem que não há coesão no grupo e então acabam se calhar também por não se sentirem motivados (...) gostaria que houvesse mais gente com maior vontade em participar, e acaba por me desmotivar a mim também o facto de eu ver tanta desmotivação à minha volta (...)” E8.*

---

A questão da motivação e o seu impacto no desempenho dos profissionais, é determinante na operacionalização e manutenção da SCE no CHMA, tendo sido um aspeto já identificado pelos enfermeiros supervisores clínicos (Borges, 2013) e gestores da instituição (Monteiro, 2014), e que surge novamente nesta investigação. Será portanto, um fator que deve ser alvo de análise e reflexão.

É essencial proceder à análise dos fatores motivacionais que concorrem para a diminuição do empenho dos enfermeiros, e adotar estratégias que permitam colmatar e minimizar as necessidades identificadas e promover o senso de valorização em todos os atores envolvidos no processo.

### *Sobrecarga de Trabalho*

Conforme já foi referido anteriormente, a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho constituem barreiras à implementação e manutenção da SC (Dilworth *et al.*, 2013).



Na opinião dos participantes, o C-S2AFECARE-Q constitui um fator que conduz a uma sobrecarga de trabalho nos enfermeiros e induz o seu descontentamento, aspetos que limitam a implementação do projeto:

---

*“(...) há algum descontentamento (...) porque acham que está a aumentar o número de horas (...) surgiram constrangimentos (...) em relação a horas (...) se para fazer os trabalhos se iam pagar as horas (...) falaram das horas, uma sobrecarga (...) se lhes vão ser pagas (...) as horas para executar os trabalhos a que se propuseram (...)” E1; “(...) exige das pessoas, exige trabalho (...) exigir trabalho (...) deixa as pessoas (...) renitentes (...)” E2; “(...) vai implicar um trabalho nosso, pessoal, provavelmente fora do serviço porque cá não temos tempo (...) depois nós não temos só estas coisas, nós não temos só o serviço e o constrangimento acaba por ser esse, a gestão do tempo (...)” E9.*

---

A sobrecarga de trabalho relacionada com a implementação do projeto, foi um aspeto reconhecido pelos enfermeiros gestores do CHMA (Monteiro, 2014) como limitador, e que é corroborado nesta investigação com os dados que emergiram das entrevistas aos supervisionados.

No discurso dos entrevistados foi possível constatar constrangimentos que se prendem com o trabalho que é “exigido” aos enfermeiros num projeto desta natureza, trabalho esse que na maioria dos casos é desenvolvido fora do horário laboral, com prejuízo do tempo de descanso dos profissionais. Por outro lado, referem-se à necessidade de abdicar de determinadas coisas no âmbito pessoal, em detrimento da exigência de trabalho, que decorre das necessidades que são identificadas nas sessões de SC, e que determinam a indispensabilidade de desenvolver e investir em projetos de melhoria contínua da qualidade que possam ser úteis na resolução dos problemas identificados e no colmatar das dificuldades.

---

*“(...) uma pessoa tem que gerir melhor os horários, tem que abdicar de algumas coisas, porque é um ‘extra’ (...) às vezes as reuniões calham nas nossas folgas, e (...) organizamos as nossas vidas consoante o horário e nas folgas vamos tratar de outros assuntos que têm que ser tratados (...) às vezes é complicado nesse sentido (...)” E10.*

---

Por outro lado, as sessões de SC, embora sejam contabilizadas como tempo efetivo de serviço, são consideradas um “extra” por alguns participantes, que afirmaram terem dificuldade em gerir o seu tempo fora do horário laboral em virtude dessa sobrecarga de trabalho. Esta perceção de acréscimo de trabalho e de interferência na vida pessoal, pode confluír negativamente para o sucesso do projeto e para a sua continuidade, sendo fundamental eliminar esta barreira à implementação da SCE.

### *Políticas Governamentais*

“O clima económico global tem tido muitas consequências, e os serviços de saúde, devido à sua utilização significativa de recursos, não têm sido excluídos de escrutínio significativo” (ICN, 2014, p. 9). Os cortes salariais a que têm sido submetidos os profissionais do setor público, o acréscimo de horas de trabalho sem a respetiva compensação remuneratória, as dificuldades na gestão dos recursos humanos por via dos entraves à contratação de pessoal para suprir as necessidades dos serviços, às quais acresce uma desmotivação global decorrente da grave crise económica que Portugal atravessa, constituem fatores que geram descontentamento e insatisfação, e que estão em desacordo com os valores profissionais defendidos pelos enfermeiros.

“É cada vez mais aparente que esta forma de gestão que é associada a restrições fiscais graves levou os enfermeiros a uma situação difícil, já que os governos e os empregadores tentam manter os custos da saúde baixos” (ICN, 2014, p.9). Estes aspetos foram contemplados no discurso dos participantes, que identificaram dificuldades inerentes à conjuntura económico-social que o país atravessa e que afeta necessariamente as pessoas e os serviços:

---

*“Estamos numa fase de estrangimentos orçamentais em todo o lado (...)” E2; “Tendo em conta toda esta situação, da conjuntura, da crise, eu não acredito muito que as pessoas estejam muito predispostas a dar, para receber qualidade. As pessoas querem é receber quantidade, querem é coisas palpáveis (...)” E4; “(...) ninguém está disposto neste*

*momento, da forma como está a vida profissional, como está a nossa carreira, ninguém está disposto a ficar aqui depois do turno para uma reunião de supervisão ou uma reunião com o supervisor (...)" E9.*

---

As questões que se relacionam com a profissão de enfermagem, nomeadamente o congelamento das progressões e a reestruturação da carreira, são aspetos que derivam diretamente das políticas governamentais, e que afetam negativamente a satisfação das pessoas e o empenho dos profissionais:

*"Estamos há anos e anos e anos a fio a lutar por coisas que nunca vão ao rumo certo, que nunca vão acontecer, infelizmente. Estamos todos desapontados e desanimados." E6.*

---

A redução constante na força de trabalho dos enfermeiros, obriga a enfermagem a justificar-se financeira e profissionalmente (ICN, 2014). As tomadas de decisão em contextos de crise económico-social, têm consequências a curto e longo prazo, afetando não só a motivação dos enfermeiros, o recrutamento futuro e a retenção profissional, mas também a confiança dos próprios doentes e a qualidade e segurança dos cuidados (ICN, 2014).

Os constrangimentos financeiros decorrentes das políticas governamentais, foram referenciados não só pelos supervisionados, mas também pelos enfermeiros gestores do CHMA (Monteiro, 2014) que, igualmente os assumiram como um fator limitador/dificultador da implementação do C-S2AFECARE-Q.

### *Critérios de Seleção do Supervisor Clínico*

Outro fator assumido com limitador do projeto e que foi identificado no discurso dos enfermeiros relaciona-se com os *Critérios de Seleção do Supervisor Clínico*. O emergir desta subcategoria, decorre da presença de dados reveladores de descontentamento por parte dos supervisionados, no que concerne à escolha dos enfermeiros supervisores clínicos que integram o projeto.

No âmbito do C-S2AFECARE-Q, foram selecionados sete enfermeiros para exercerem o papel de supervisor clínico com base num conjunto de critérios pré-definidos pelos investigadores responsáveis e chefias dos serviços participantes no projeto. Estes critérios já foram alvo de exposição no capítulo que procede à explanação do projeto, não sendo por isso novamente abordados nesta fase. Contudo, importa referir, que os supervisionados demonstraram descontentamento pelo facto de, nem todos os elementos selecionados para exercerem a função de supervisores clínicos, disporem de formação específica em SCE. Por outro lado, havendo colegas detentores de cursos de formação pós-graduada na área, alguns participantes reconheceram que, a opção por elementos sem formação específica em SCE, constituiu um fator gerador de insatisfação e constrangimentos no seio das equipas de supervisão:

---

*“(...) as enfermeiras supervisoras não terem formação em supervisão clínica. Alguns colegas colocaram em questão porque é que não teriam sido outras que não aquelas que não têm formação (...) manifestaram algum desagrado, como havia já mais enfermeiros com formação em supervisão clínica, achavam que deveriam ser outros enfermeiros em vez dos que não tinham formação (...) questionaram o facto de serem duas das três que não tinham formação em supervisão clínica (...)” E2;*  
*“Apercebi-me (...) de alguns elementos terem formação em supervisão clínica e estarem com uma supervisora que não tem formação em supervisão clínica e isso criou alguns constrangimentos (...) apercebi-me de conversas cruzadas (...) apercebi-me disso, de realmente isso acontecer, problemas de relação [supervisionado-supervisor clínico] por causa da formação (...)” E1.*

---

Os participantes reforçaram a existência de constrangimentos que afetaram a relação supervisiva por via dos critérios de seleção dos supervisores clínicos. Consideraram que a formação pós-graduada em SCE dever-se-ia ter sobreposto e ter sido considerada uma condição obrigatória ao exercício do papel.

O conjunto de critérios pré-estabelecidos (ESEP e CHMA, 2012), contempla outros elementos como a experiência e a perícia profissional,

experiências prévias no âmbito da SCE, o reconhecimento pelos pares e um conjunto de características pessoais e profissionais favorecedoras do estabelecimento de uma relação de confiança, que foram ponderados no momento de seleção dos supervisores clínicos.

Contudo, não deixou de estar presente no discurso nos participantes o desconforto que decorreu do processo de seleção dos supervisores clínicos:

.....  
“(...) há colegas que têm formação em supervisão e eu acho que elas ficaram um bocado melindradas pelo facto de haver colegas que não têm formação e que ficaram como supervisoras (...) acho que principalmente foi isso, foi o facto de elas [supervisoras clínicas] não terem a formação [SCE] e ficarem à frente da equipa (...)” E3.  
.....

Este constrangimento foi igualmente, identificado no estudo de Borges (2013), pelos próprios supervisores clínicos.

A evidência sugere que, tanto supervisor como supervisionado necessitam de uma componente prévia de educação e treino para efetivarem processos supervisivo mais sustentados (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja, 2006) e que deveria ser dada a possibilidade aos próprios profissionais de escolherem o seu supervisor clínico, e que esta oportunidade poderia promover a efetividade e eficácia da relação supervisiva (Winstanley e White, 2003; Edwards *et al.* 2005; White e Winstanley, 2011 cit. por Cookson *et al.*, 2014) e refletir-se em melhores resultados (Keegan, 2013).

O NHS (2009, 2011) enumera um conjunto de características e qualidades essenciais ao desempenho do papel, que já foi anteriormente descrito, e a própria OE (2010) definiu o perfil e competências dos supervisores clínicos no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional, o que espelha a importância de respeitar um conjunto de elementos e características consideradas fundamentais ao exercício do papel de supervisor e ao sucesso da relação supervisiva.

Face ao exposto, parece-nos útil sugerir o envolvimento dos enfermeiros supervisionados na discussão dos critérios de seleção dos supervisores clínicos, com o intuito de promover a concordância e

aceitação dos supervisores clínicos e a minimização de constrangimentos que possam comprometer a relação supervisiva e afetar o próprio processo supervisivo.

### *Tempo de Contacto com o Supervisor Clínico*

O tempo de contacto com o supervisor clínico, foi outro dos aspetos mencionados pelos participantes como podendo ser um fator limitador da implementação/operacionalização do C-S2AFECARE-Q:

---

*“Se calhar podia estar mais presente, se as condições assim o permitissem, se fosse deste serviço, se trabalhasse comigo (...) dificulta ser uma pessoa [supervisora clínica] de outro serviço e neste momento não temos cá ninguém, o ideal era ter o supervisor aqui (...) a supervisora não está cá no serviço e era difícil encontrarmo-nos (...) como trabalhamos por turnos, era um bocado complicado (...)” E7.*

---

O facto do supervisor clínico não ser um elemento integrante do próprio serviço dificulta, na opinião dos participantes, os momentos de interação e contacto efetivo. Por outro lado, mesmo tratando-se de um enfermeiro da equipa, o regime de horário rotativo interfere negativamente na medida em que, reduz a probabilidade de momentos de relação com o supervisor clínico e impossibilita um acompanhamento mais assíduo:

---

*“(...) o não fazermos turnos que coincidam, é sempre muito difícil marcar (...) acho que isso tudo acaba por influenciar. Nem sempre fazemos turnos juntos, é complicado... (...) o facto de nós não estarmos constantemente, eu não consigo falar com ela [supervisora clínica] como se calhar gostaria ou colocar as minhas dúvidas, falar diariamente com ela e isso é uma lacuna, se calhar até poderia melhorar mais se isso acontecesse (...) não estando presente é difícil (...) uma pessoa quer discutir qualquer coisa na hora e ela [supervisora clínica] não está (...)” E10.*

---

Embora os supervisionados tenham frisado no seu discurso este fator dificultador do processo supervisivo, também reconheceram que esse

constrangimento é alheio aos supervisores clínicos e portanto, não depende dos mesmos a resolução ou minimização deste problema:

.....  
*“Não estou a dizer que é por culpa, ela não tem culpa de nada, mas nós não fazemos turnos constantes. Os momentos de supervisão circunscrevem-se aos turnos em que estamos a trabalhar, são muito poucos (...)”*E10 ; *“(...) a minha supervisora (...) não faz mais (...) porque não tem tempo (...) suficiente para estar comigo (...) existem sempre (...) lacunas, o facto de ela não estar a fazer turnos comigo (...) condiciona muito a implementação dessas estratégias [de supervisão] (...)”* E10; *“(...) se a supervisora estivesse cá seria (...) diferente (...) mais construtivo (...)”* E7.  
.....

Em relação ao supervisor clínico, a evidência não é consensual e alguns autores argumentam que deverá ser uma figura externa ao serviço/departamento, verificando-se benefícios na relação supervisiva do ponto de vista da confidencialidade. Contudo, sendo um elemento externo problematizam-se outro tipo de aspetos relacionados com o acesso a informação de natureza individual e poder-se-á colocar em questão os conhecimentos e competências do supervisor clínico, na área específica de atuação dos supervisionados (Cookson *et al.*, 2014).

A opinião dos supervisionados contraria o argumento de o supervisor clínico ser um enfermeiro externo ao serviço, preferindo supervisores clínicos integrados na equipa, de forma a poderem manter um contacto mais próximo e assíduo e assim construírem uma relação de desenvolvimento mútuo.

No que concerne ao tempo de contacto, Edwards e colaboradores (2005) recomendam pelo menos um momento de contacto mensal, por um período mínimo de uma hora. No mesmo sentido, o NHS (2011) recomenda pelo menos 12 sessões/ano com a duração mínima de uma hora no caso de se tratar de uma sessão individual ou, um mínimo de duas horas caso seja uma sessão de supervisão em grupo.

Não obstante, existem autores que defendem que, as necessidades dos enfermeiros supervisionados devem ser satisfeitas nas suas 24 horas de

trabalho rotativo (Cookson *et al.*, 2014). Neste sentido, a presença do supervisor clínico na própria equipa, conforme foi sugerido pelos entrevistados, poderá ser facilitador do suprimento dessas necessidades e possibilitará um acompanhamento mais próximo.

A supervisão constitui “um processo permanente de enriquecimento mútuo e de ajuda entre colegas, assente numa relação interpessoal saudável” (Alarcão e Tavares, 2007, p. 129), sendo fundamental manter uma comunicação eficaz e um contacto efetivo no sentido de instituir um espírito de cooperação entre os intervenientes (Koivu, Saarinen e Hyrkäs, 2011) que concorra para o sucesso do processo supervisão.

### *Indicadores de Qualidade*

No que diz respeito aos indicadores de qualidade monitorizados, designadamente: o risco de queda, o autocuidado e os conhecimentos e habilidades em amamentação, os participantes referiram sentir-se limitados pela exigência de abordagem de temáticas que se relacionam diretamente com os indicadores definidos pelo grupo de investigadores responsáveis pelo projeto:

---

*“(...) acabamos por debater os pontos que querem que sejam debatidos (...) limitação aos quatro temas (...)” E4; “(...) vieram temas, alguns temas que supostamente deveriam ser abordados, acho que limitou um bocadinho (...)” E5.*

---

O condicionalismo à abordagem de temáticas e desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade no sentido de produzir indicadores de qualidade diretamente sensíveis aos cuidados de enfermagem e com impacto na saúde e projeto de vida dos clientes é, na opinião dos supervisionados, um aspeto menos positivo e portanto limitador do processo. Na sua opinião, haveria outras temáticas cuja discussão se lhes afigura como mais premente e relevante:

---

*“(...) nós temos outros temas mais importantes, que eu considero mais importantes (...) e que devido a essa limitação, não estão a ser*



*abordados. (...) Quedas!?! Nós já tentamos evitar (...) aqui no serviço... Não sei até que ponto é um bom objetivo (...) trabalhar as quedas. (...)” E5; “(...) há lacunas (...) no serviço (...) em termos de organização (...) em termos de práticas de enfermagem (...) e noto que fogem um bocado a isso (...) acaba sempre por cair muito nas questões dos registos, nas questões da Escala de Morse, das quedas (...)” E4.*

---

Está justificada a necessidade de monitorizar indicadores que possam sustentar e demonstrar a relevância da SCE nos contextos de prática clínica, contudo, para alguns dos entrevistados, a inclusão dos indicadores de qualidade constituiu um fator limitador à operacionalização do projeto.

### **Sugestões para a Continuidade**

A otimização do C-S2AFECARE-Q depende do estabelecimento de um plano de ação que possibilite melhorar o processo de operacionalização do modelo de SC e potencializar os benefícios da SCE. Neste sentido, os enfermeiros supervisionados apresentaram sugestões de melhoria e continuidade do projeto.

Da análise do discurso dos participantes emergiu a categoria Sugestões para a Continuidade que agrega as seguintes subcategorias: *Periodicidade das Sessões de SC, Formação em SCE, Formação sobre o C-S2AFECARE-Q, Possibilidade de Escolher o Supervisor Clínico, Contacto com o Supervisor Clínico e Momentos de Reunião em Equipa.*

#### *Periodicidade das Sessões de SC*

No período da recolha de dados no CHMA, as sessões de SC de grupo decorriam com uma periodicidade temporal média de dois em dois meses. Contudo, esta frequência não pareceu satisfatória para alguns dos participantes:

---

*“(...) eu acho que deviam ser (...) mais recorrentes (...) deviam existir mais vezes (...) mais reuniões (...)” E5; “(...) talvez um bocadinho mais*

*frequentes (...) um maior número de reuniões não será má ideia (...)* E6;  
*“(...) mais reuniões (...)*” E8.

---

Na opinião dos entrevistados, seria benéfico aumentar o número de sessões de supervisão em grupo na medida em que *“(...) provavelmente seria uma forma de motivar as pessoas (...)*” E5, de *“(...) haver mais comunicação entre o grupo (...)*” E5 e *“(...) mais facilmente as pessoas interiorizariam o que é a supervisão clínica, discutiriam mais sobre aquilo que deve ser discutido e (...) se calhar iria refletir-se mais positivamente ou motivar mais os elementos na colaboração deste projeto (...)*” E8. O facto das sessões serem *“(...) mais distanciadas temporalmente (...) as pessoas acabam por se desleixar (...) e não investem com deveriam investir (...)*” E8.

Para colmatar este possível desinvestimento por parte dos enfermeiros, os supervisionados sugeriram a realização mensal de sessões de SC:

---

*“(...) esse tipo de reuniões com os supervisionados e com o supervisor (...)*  
*o melhor era fazer pelo menos uma por mês (...) uma vez por mês (...)*”  
E5; *“(...) mensalmente eu acho que seria o ideal. Uma por mês!”* E8.

---

Um dos participantes, considerou que as sessões de SC deveriam ser ainda mais frequentes e sugeriu a realização de duas sessões por mês:

---

*“(...) bimensal (...) duas por mês acho que seria o mais indicado (...)*” E6.

---

A opinião dos supervisionados corrobora as conclusões de outros estudos que incidem sobre a periodicidade das sessões de SC.

O NHS (2011) sugere a realização de pelo menos uma sessão de SC mensal.

Winstanley e White (2003) verificaram que sessões de supervisão mensais ou bimensais se traduziram em melhores resultados para os supervisionados, quer em contexto hospitalar, quer nos cuidados de saúde primários.

Os enfermeiros que integraram o estudo de Carvalho (2012), consideraram importante a realização de sessões mensais ou bimensais e no estudo de Tavares (2013) houve discrepância nas opiniões, mas alguns participantes consideraram ideal a realização de sessões de SC mensalmente.

Koivu, Saarinen e Hyrkäs (2011) sugeriram o planeamento regular e frequente das sessões de supervisão, apontando pelo menos duas horas de contacto por mês.

Independentemente do número de sessões de supervisão programadas, os enfermeiros revelam-se satisfeitos por poderem usufruir de um tempo específico dedicado à reflexão sobre a prática, fora da sua jornada de trabalho e sem interferências próprias do contexto clínico (Cross, Moore e Ockerby, 2010).

No que se refere ao C-S2AFECARE-Q, os enfermeiros consideraram importante haver um maior número de sessões de supervisão de grupo e apontaram como ideal a realização mensal ou bimensal.

### *Formação em SCE*

Um dos aspetos enumerado pelos participantes como um fator limitador à implementação do projeto foi, precisamente, a falta de conhecimentos sobre SCE. O desconhecimento acerca do fenómeno pode conduzir a preconceitos promotores de resistência nos contextos clínicos. Cheater e Hale (2001) constataram a existência de ideias preconcebidas sobre SCE, nomeadamente a ideia de que os processos supervisivos apenas são aplicados em casos de baixa *performance* profissional como forma de inspeção e retaliação. Os mesmos autores, reafirmaram a necessidade de esclarecimento junto dos intervenientes sobre o conceito e objetivos da SCE, assim como promover a afirmação da relevância deste fenómeno na prática clínica dos enfermeiros, numa tentativa de minimizar as barreiras à implementação de processos supervisivos.

A opinião dos participantes corrobora o referido pelos autores supracitados e sugere a realização de formação sobre SCE aos enfermeiros, como forma de desmistificar o conceito e objetivos da SC e promover a adesão ao projeto:

---

*“(...) fundamentar um bocadinho o que é que é a supervisão de pares, para as pessoas não ficarem com tanto medo disso (...) haver uma formação prévia de supervisão clínica em enfermagem à equipa (...)” E3;*  
*“As pessoas normalmente aderem a alguma coisa quando leem mais ou quando conhecem mais sobre esse assunto. Mais formação prévia se calhar sobre [SCE] (...) proporcionar esse conhecimento (...) sobre a SC aos supervisionados, de forma a que pudessem sentir-se mais motivados a participarem neste tipo de projeto e no futuro poderem ser elementos (...) influenciadores de outros profissionais (...) em termos de cultura de supervisão clínica (...)” E8.*

---

A minimização de preconceitos e inseguranças relativamente à SCE passa, na opinião dos supervisionados, *“(...) pela formação, por esclarecer os colegas (...)” E9.*

A persistência de concepções erradas sobre o fenómeno contribui para a resistência à mudança e, admitindo que a SCE tem um papel evolutivo e benéfico sobre os profissionais e serviços, é necessário ultrapassar estes obstáculos e promover a clarificação de ideias e conceitos inerentes à temática.

#### *Formação sobre o C-S2AFECARE-Q*

Outra sugestão dos supervisionados direccionou-se no sentido de promover momentos de formação sobre o C-S2AFECARE-Q:

---

*“(...) seria uma mais-valia (...) que as pessoas tivessem mais conhecimentos sobre este projeto, porque eu acho que falta mesmo conhecimentos sobre o projeto (...) eu acho que falta mesmo conhecimentos (...)” E5.*

---

Para colmatar esta “(...) *falta de informação* (...)” E5 sobre o modelo de SC que está a ser operacionalizado por via do projeto C-S2AFECARE-Q, o mesmo participante sugere que “(...) *devia haver mais informação* (...) *deste modelo* (...)” E5. “*Acabamos por ser um serviço pioneiro e como não há resultados as coisas acabam por ser de mais difícil aceitação* (...)” E9 pelo que, é fundamental fornecer conteúdos claros e objetivos sobre a finalidade do projeto e sobre a sua operacionalização.

### *Possibilidade de Escolher o Supervisor Clínico*

A escolha do supervisor clínico é um aspeto que tem vindo a ser referenciado na evidência como determinante do sucesso da relação supervisiva, sendo sugerido que os supervisionados possam escolher o seu próprio supervisor (Keegan, 2013; Cookson *et al.*, 2014). No estudo de Cookson e colaboradores (2014), 62% dos profissionais que não tiveram possibilidade de escolher o seu supervisor, encontravam-se insatisfeitos.

A opinião dos participantes, não sendo consensual, corrobora a evidência mais recente sobre o assunto, tendo referido que o supervisor deveria ser escolhido pela equipa:

---

*“Se calhar dar à equipa, por exemplo, a oportunidade de seleccionar outros supervisores (...)” E7.*

---

Os dados obtidos corroboram o estudo de Tavares (2013), no qual os enfermeiros consideraram que os supervisores clínicos deverão ser escolhidos pela equipa.

Outro enfermeiro considerou que o supervisor clínico deveria ser selecionado pelo próprio supervisionado:

---

*“(...) foi-nos imposto um supervisor (...) o facto de me terem imposto uma pessoa. Não sei se é aquela pessoa com quem me dou melhor e me sinto mais à vontade para debater todo o tipo de assuntos. Nessa perspetiva, acho que se calhar, se eu pudesse escolher alguém (...) de referência para mim... (...) se pudesse escolher o supervisor, acho que tinha mais benefícios (...) recorria mais (...)” E10.*

---

Pires (2004) constatou que a escolha do supervisor clínico pelo próprio enfermeiro supervisionado poderá ser benéfica.

A imposição de um supervisor clínico é perspetivada negativamente pelos enfermeiros, que preferiam ter liberdade de escolha e poder de decisão na seleção do seu supervisor clínico:

---

*“(...) se calhar poder escolher a pessoa que eu queria que fosse meu supervisor. Também sei que se torna complicado, mas se calhar para mim, eu escolher a pessoa com quem acho que vou debater as minhas coisas, acho que deveria ser uma sugestão (...)” E10.*

---

Winstanley e White (2003), também sugerem que deverá ser o próprio supervisionado a escolher o seu supervisor clínico na medida em que, contribui para aumentar a qualidade da relação supervisiva e dos próprios cuidados, resultando num compromisso efetivo dos atores envolvidos no processo.

#### *Contacto com o Supervisor Clínico*

O contacto insuficiente com o supervisor clínico foi um fator referenciado por alguns dos participantes como dificultador da implementação do projeto. No sentido de colmatar esta limitação, um dos enfermeiros referiu como sugestão à otimização da operacionalização do processo:

---

*“(...) gerir os horários de forma ao supervisor estar mais presente (...) fazer mais turnos com a [supervisora clínica] (...) nem que faça um turno por semana (...) e nesse turno arranjar um tempinho para falar, não precisava de ser sempre, (...) um turno por semana, se calhar seria o suficiente (...)” E10.*

---

Na opinião deste participante, a presença mais assídua do supervisor clínico foi considerado um aspeto essencial e a promoção de momentos de contacto individual, afiguraram-se como importantes, na medida em que, possibilitam o debate, a discussão e reflexão sobre a prática clínica num contexto mais informal:

.....  
“Se eu fizesse turno com ela [supervisora clínica], se calhar em cinco ou dez minutos, até na hora de almoço, uma pessoa está a comer e vai debatendo. Gerir melhor isso do tempo. Não o ter mais reuniões, mas sim o facto de estar mais tempo com ela [supervisora clínica]. Porque se eu fizer manhã e ela fizer tarde, mesmo aquele tempo da passagem de turno, às vezes não dá (...) o estar a fazer turno juntas, nem que seja na hora de almoço ou numa hora de lazer, uma pessoa pode sempre discutir algumas coisas (...)” E10.  
.....

### *Momentos de Reunião em Equipa*

Do discurso dos participantes emergiu a importância de *Momentos de Reunião em Equipa*, como sugestão para otimização do processo de operacionalização do C-S2AFECARE-Q. Na sua opinião, seria útil proporcionar reuniões com a presença de todos os elementos da equipa do serviço, não só como forma de promover a partilha da evolução e progresso de cada um dos pequenos grupos de SC, mas também como um recurso informativo:

.....  
“Haver uma reunião para expor o andamento de cada projeto e as dificuldades de cada projeto, dar a conhecer aos colegas o que é que se fez, o que é que está a ser desenvolvido e também as dificuldades que se apresentaram para chegar ao ponto onde estão, porque acho que isso também é importante (...)” E6.  
.....

Este ambiente de partilha foi considerado fundamental por alguns dos enfermeiros entrevistados.

Conforme o referido anteriormente, no momento da colheita de dados, verificava-se a realização de sessões de SC de grupo, de dois em dois meses de cada uma das sete equipas de supervisão. Contudo, não se observava a ocorrência de reuniões em grande grupo, que permitissem a presença de praticamente a totalidade da equipa, com o intuito de partilhar os projetos de melhoria contínua da qualidade em curso. Esta foi uma carência relatada pelos profissionais, que verbalizaram a necessidade

de *feedback* sobre os trabalhos desenvolvidos pelos colegas do serviço, chegando a sugerir esta partilha em reunião de serviço:

---

*“(...) feedback em relação aos projetos e como é que estão a correr (...) e em que ponto da situação é que estamos. Porque nós só temos acesso a isso nas nossas reuniões, com a nossa supervisora, não temos conhecimento do resto da equipa. (...) Criar momentos de reunião ou então na própria reunião de serviço falarem disso (...) não sei se também é oportuno, a reunião de serviço já é para tratar de tantos assuntos... (...) acho que sim, pelo menos termos alguma noção do que se está a passar e do que é que já conseguimos mudar (...)” E3.*

---

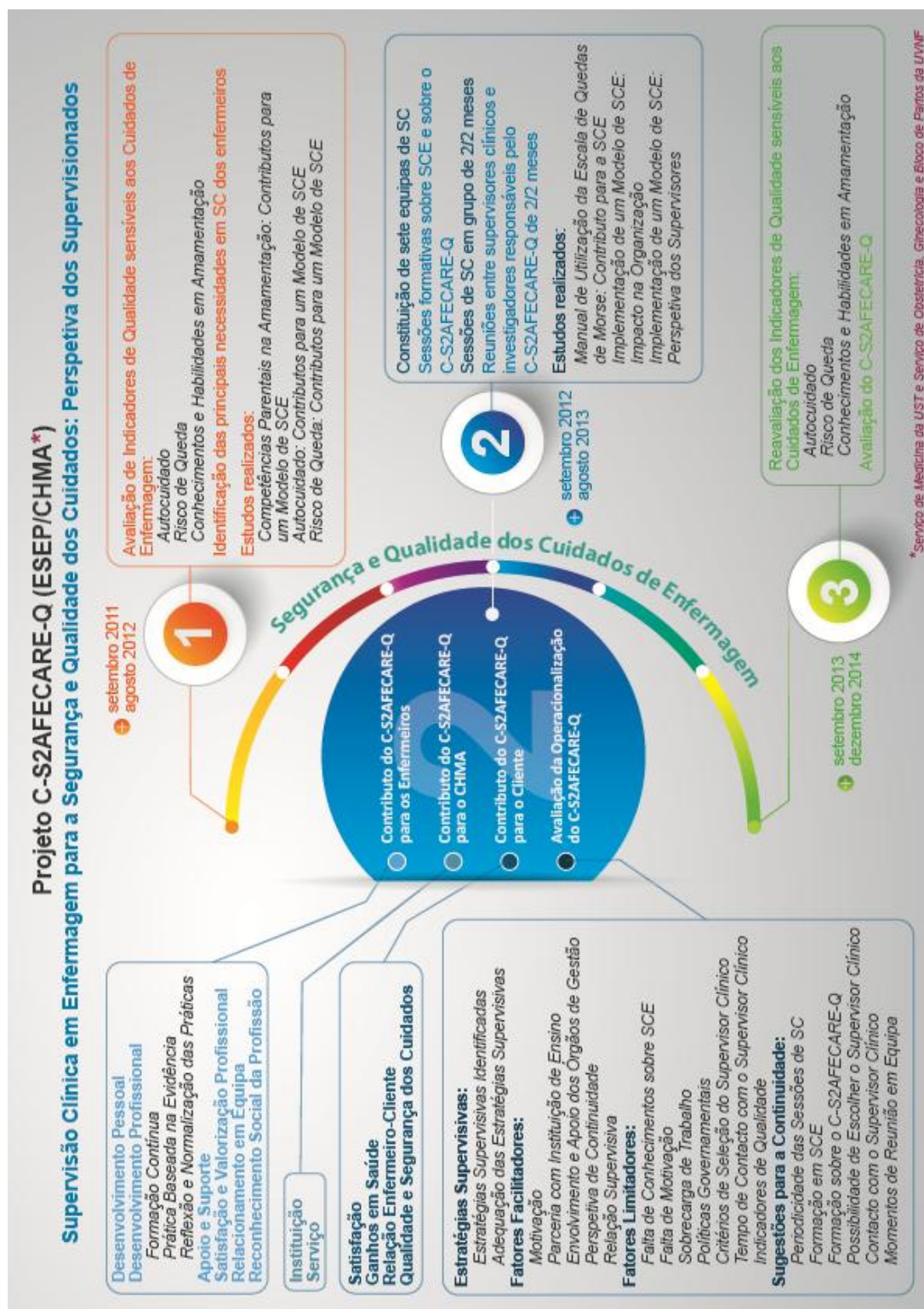
A implementação de um modelo de SCE é um processo complexo, estruturado, singular e suscetível a várias fatores e interferências que podem colocar em risco o sucesso do processo.

O reconhecimento das estratégias de SC implementadas e sua adequação, dos fatores facilitadores e limitadores ao projeto e de um conjunto de sugestões direcionadas à otimização do C-S2AFECARE-Q, são aspetos essenciais para delinear estratégias de melhoria da operacionalização, conducentes à continuidade do projeto e à satisfação das necessidades dos enfermeiros supervisionados, bem como à potencialização dos efeitos benéficos da SCE sobre os profissionais e clientes.

Tendo em conta que o estudo se insere na segunda fase do projeto C-S2AFECARE-Q, foi construída uma infografia (Figura 2) que contempla o resumo das atividades desenvolvidas e dos estudos realizados nas diferentes fases do projeto e, simultaneamente, enquadra a investigação, no âmbito do projeto, e sintetiza os resultados obtidos.



Figura 2 - Infografia representativa do estudo e do Projeto C-S2AFECARE-Q





## CONCLUSÃO

A SCE é perspectivada, na atualidade, como uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade e segurança da prática clínica, através do suporte que proporciona aos enfermeiros, tornando-se uma mais-valia no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A implementação de processos supervisivos permite atender às necessidades dos enfermeiros, tornando-os mais aptos para o exercício profissional, contribui para aumentar a sua satisfação e vinculação à profissão e, simultaneamente, promove ganhos em saúde pelo seu elevado potencial de tomada de decisão clínica e conceção de cuidados seguros e de qualidade.

O sucesso de implementação de um modelo de SCE depende da sua adaptabilidade às características e recursos do contexto organizacional, às necessidades e expectativas dos atores envolvidos e do comprometimento, quer dos profissionais, quer da própria instituição, com os processos supervisivos.

À semelhança do que a evidência sobre SCE sugere, os nossos participantes, identificaram contributos decorrentes da implementação de um modelo de SC, ao nível dos profissionais, da instituição e clientes.

No que concerne aos contributos do C-S2AFECARE-Q para os enfermeiros, os supervisionados percecionaram o projeto como uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, com efeitos

benéficos sobre a satisfação e valorização dos profissionais bem como, sobre o reconhecimento social da enfermagem, aos quais acresce o apoio e suporte disponibilizado aos enfermeiros e a promoção da melhoria do relacionamento em equipa.

Na opinião dos enfermeiros supervisionados, o projeto C-S2AFECARE-Q constitui uma mais-valia, na medida em que, é promotor do crescimento e desenvolvimento pessoal e favorece a troca salutar de experiências entre os profissionais, benefício que se encontra descrito na investigação sobre a temática.

Por outro lado, é perspectivado como uma hipótese de desenvolvimento profissional, aspeto que é transversal a todos os atores envolvidos no processo.

O desenvolvimento profissional decorre de um processo de aprendizagem ao longo da vida e da partilha de experiências colaborativas nos contextos de prática clínica, que se constituem como ambientes privilegiados de aquisição de competências e habilidades profissionais, de aprendizagem experiencial e de incorporação de inovações na prática clínica.

A necessidade de melhorar e desenvolver continuamente conhecimentos, competências e habilidades, contribui para um elevado nível de desempenho profissional dos enfermeiros e para um aperfeiçoamento permanente das suas práticas. Neste sentido, o C-S2AFECARE-Q, é considerado uma mais-valia, não só para enfermeiros em iniciação à vida profissional, mas também, para profissionais com largos anos de experiência.

A importância da formação contínua dos profissionais, da incorporação da prática baseada na evidência e da promoção da reflexão sobre a prática clínica como um elemento-chave ao exercício profissional dos enfermeiros, foram aspetos enfatizados pelos participantes como diretamente sensíveis à implementação do modelo de SCE.

O C-S2AFECARE-Q foi percecionado como um recurso que providencia espaços de discussão, debate e reflexão sobre os cuidados, e que permite

aos enfermeiros refletirem sobre a sua ação e definirem padrões de atuação centrados no cliente e na segurança e qualidade do seu exercício profissional.

A SCE, é defendida por alguns investigadores, como um meio que permite desenvolver condições para que a reflexão sobre os cuidados decorra num ambiente de apoio e suporte pessoal e profissional e facilitador da partilha de experiências clínicas complexas, aspeto que foi reconhecido pelos enfermeiros participantes no nosso estudo.

Os supervisionados referiram que, a partilha de experiências promovida nas reuniões de SC, facilita a expressão de sentimentos, dúvidas e dificuldades, e permite atender às necessidades individuais e do grupo, contribuindo para a resolução de problemas, numa relação de troca contínua e bidirecional entre supervisores clínicos e supervisionados.

No que se refere à satisfação e valorização profissional, os enfermeiros referiram que, o C-S2AFECARE-Q contribuiu para a melhoria dos níveis de satisfação e de valorização profissional, efeito benéfico que também se encontra descrito na bibliografia sobre a temática.

Outro aspeto identificado pelos supervisionados como sendo um benefício da implementação de uma estrutura de SCE no CHMA, foi a constatação de uma melhoria nas relações profissionais e harmonia na equipa, o que é sem dúvida muito relevante, pois o sucesso dos processos supervisivos, está diretamente dependente da relação que se estabelece entre os intervenientes, pelo que, a construção e manutenção de ambientes de prática clínica de abertura e honestidade, são fundamentais para a resolução de conflitos e para o desenvolvimento de coesão profissional e determinam o êxito da SCE.

Concluímos, também, que os participantes consideram que, o C-S2AFECARE-Q contribui positivamente para o reconhecimento e visibilidade social da enfermagem, e para a afirmação da identidade profissional nas organizações de saúde e na sociedade em geral. Os enfermeiros, são os profissionais de saúde, que mais tempo passam junto dos seus clientes e por isso, encontram-se numa posição privilegiada para produzirem ganhos

em saúde nos clientes e serem socialmente reconhecidos por via da natureza e utilidade do seu exercício profissional. Os enfermeiros do CHMA, consideraram que a operacionalização do C-S2AFECARE-Q constitui um recurso que possibilita aos profissionais, fazerem-se valer dos seus conhecimentos e das suas intervenções, para se afirmarem enquanto elementos essenciais à sociedade e capazes de atender às necessidades de saúde de todo o tipo de clientes.

No que concerne ao contributo do projeto para o CHMA, os participantes referiram que a implementação do modelo de SCE, é importante, não só do ponto de vista da própria imagem da instituição, que é percecionada pela comunidade como uma instituição centrada na promoção de uma cultura de melhoria contínua da qualidade e de promoção de práticas seguras, mas também, para os serviços participantes no projeto, que beneficiam de um clima facilitador de mudanças e introdução de medidas de melhoria contínua da qualidade.

A melhoria dos padrões clínicos, que decorre da operacionalização do C-S2AFECARE-Q, foi assumida pelos participantes como um fator que concorre para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, e que promove uma maior confiança social pela transparência na informação do desempenho e da segurança.

O C-S2AFECARE-Q foi considerado uma ferramenta fundamental para a melhoria contínua da qualidade, através do suporte que proporciona aos enfermeiros, tornando-se uma mais-valia para a tomada de decisão em enfermagem e para a segurança e qualidade do exercício profissional, aspeto que foi enfatizado pelos participantes.

É consensual na evidência sobre a temática, o reconhecimento da necessidade de desenvolver mais investigações que possam fornecer informação sobre o impacto da SCE nos clientes. Nesta investigação, embora não tenha sido dada voz aos clientes nesta investigação, os enfermeiros consideraram que a implementação do C-S2AFECARE-Q produz efeitos benéficos sobre o cliente.

A melhoria da qualidade do exercício profissional e a procura contínua do aperfeiçoamento das suas práticas, permite disponibilizar aos clientes, cuidados centrados nas suas necessidades, planeados tendo por base a melhor e mais recente evidência científica sobre os problemas, promove a responsabilização profissional e consequente prática clínica segura. A individualização da intervenção dos enfermeiros e a preocupação com a singularidade dos clientes, são ainda contributos para uma melhoria da interação enfermeiro-cliente, aspeto que a evidência sugere como um benefício decorrente da SCE.

A par da melhoria da satisfação e da otimização na produção de ganhos em saúde nos clientes, a segurança e a qualidade das práticas dos enfermeiros, foram referenciados pelos participantes como contributos para cliente. Por via da operacionalização do C-S2AFECARE-Q, verifica-se uma melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados assistenciais, aspeto que é referenciado na evidência científica como sendo um efeito positivo da implementação da SCE.

O contributo da SC sobre a uniformização e normalização das práticas e sobre a incorporação da inovação na prática clínica, foram aspetos destacados pelos supervisionados e que produzem impacto positivo sobre os clientes, que beneficiam de uma eficácia e eficiência nos cuidados disponibilizados pelos enfermeiros.

Face ao exposto, é possível afirmar que, este estudo permite concluir que os enfermeiros, supervisionados, consideram indiscutível a necessidade de implementar práticas supervisivas em qualquer contexto em que se pratique enfermagem, com o objetivo de assegurar, não só, a satisfação profissional e a segurança e qualidade do exercício dos enfermeiros, mas também, a satisfação dos clientes.

A avaliação do processo de operacionalização do projeto por parte dos supervisionados constituiu, ainda, um importante contributo subsidiário à delineação de estratégias que permitam otimizar e melhorar o processo de implementação do modelo de SCE no CHMA, que é globalmente percecionado como positivo.

A identificação das estratégias de supervisão utilizadas pelos supervisores clínicos e a sua adequação, constituiu um aspeto importante e que poderá fornecer informação útil que permite melhorar a relação supervisaiva, através de um maior investimento por parte dos supervisores clínicos no uso de estratégias supervisivas identificadas, e que foram consideradas pelos supervisionados como sendo úteis, oportunas e adequadas ao seu exercício profissional.

O C-S2AFECARE-Q constitui um instrumento de apoio aos enfermeiros do CHMA e foi alvo de avaliação, tendo sido identificados como fatores facilitadores da implementação do modelo de SCE: a motivação que está presente na maioria dos enfermeiros, e que é promotora da adesão ao projeto; a parceria institucional com a ESEP e o apoio disponibilizado pelos investigadores, que é percebido como uma mais-valia; o envolvimento e apoio dos órgãos de gestão do CHMA, nomeadamente no que se refere à disponibilização de material e espaços essenciais à reunião das equipas de SC, bem como, a contabilização das horas das sessões de SC como tempo efetivo de serviço; a perspetiva de continuidade do projeto e de extensão do modelo de SCE a outros serviços; e a própria relação supervisaiva, que é assumida pelos participantes, como positiva e facilitadora do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

Não obstante os fatores facilitadores, os enfermeiros identificaram um conjunto de elementos que dificultam a operacionalização do projeto e que se não forem solucionados ou minimizados, poderão contribuir para o insucesso de todo o processo. Assim sendo, a identificação dos fatores limitadores do C-S2AFECARE-Q, constituiu um aspeto relevante, na medida em que permite aos investigadores responsáveis pelo projeto, conjuntamente com os órgãos de gestão, chefias e supervisores clínicos do CHMA, delinear estratégias que possam minimizar os aspetos menos positivos, atender às necessidades identificadas e otimizar a operacionalização do projeto.

Deste modo, os participantes apontaram a falta de conhecimentos sobre SCE e sobre o projeto como um todo, como fatores dificultadores do



processo de implementação da estrutura de SCE, aspecto que é referenciado na evidência sobre a temática, como estando associado ao insucesso dos processos supervisivos. A identificação destes fatores permite perceber que, há uma necessidade de clarificar conceitos no âmbito da SCE e investir na formação dos enfermeiros e na disponibilização de informação mais detalhada sobre o projeto e sobre o modelo de SC implementado no CHMA.

A falta de motivação e o aumento do número de horas de trabalho dos enfermeiros, por via do investimento em projetos de melhoria contínua da qualidade, aos quais se associam as políticas de restrição e contenção orçamental do governo, foram aspetos identificados no discurso dos entrevistados como inibidores da SCE. Consideramos portanto fundamental que gestores, investigadores e profissionais, conjuntamente, definam estratégias para colmatar estas dificuldades. A minimização destes fatores poderá passar, eventualmente, pela negociação da atribuição de mais horas efetivas de trabalho aos enfermeiros no âmbito do C-S2AFECARE-Q, destinadas ao desenvolvimento dos seus trabalhos e projetos de melhoria contínua da qualidade, diminuindo assim, eventuais prejuízos monetários e pessoais dos profissionais envolvidos no projeto. Para além disso, torna-se essencial analisar os fatores que estão na origem da desmotivação de alguns enfermeiros supervisionados, perceber as necessidades e interesses individuais, conhecer as suas expetativas e desenvolver esforços no sentido de minimizar o *gap* entre as perceções e as expetativas dos supervisionados.

Concluimos igualmente que, os participantes consideravam os critérios de seleção dos supervisores clínicos, como um fator dificultador da operacionalização do projeto. Embora os critérios de seleção estivessem definidos *à priori* e tenham sido cumpridos, alguns supervisionados referiram-se à existência de conflitos nas equipas de supervisão, essencialmente porque alguns dos supervisores clínicos não possuíam formação pós-graduada em SCE. Este aspeto gerou insatisfação e constrangimentos entre supervisores e alguns supervisionados, e influenciou negativamente a relação supervisiva, o que pode ser preocupante na medida que pode interferir negativamente no processo supervisivo. Assim,

a discussão dos critérios de seleção dos supervisores clínicos com os enfermeiros supervisionados, envolvendo quer as chefias do serviço, quer os investigadores responsáveis pelo projeto, poderá ser uma forma de minimizar o desconforto identificado e promover a melhoria da relação supervisiva. Por outro lado, a definição do critério de seleção que se reporta à formação pós-graduada em SCE, como um requisito obrigatório ao exercício do papel de supervisor clínico, poderá igualmente ser uma estratégia válida para a resolução desta limitação.

A evidência sugere que a possibilidade de escolha do supervisor clínico, pode ser determinante para o sucesso da relação supervisiva, aspeto que também foi referenciado pelos supervisionados do CHMA, como uma sugestão e que poderia, contribuir favoravelmente para resolução deste tipo de constrangimentos. A imposição de um supervisor clínico pode interferir negativamente na implementação da estrutura de SCE, na medida em que, a relação que se estabelece entre supervisor clínico e enfermeiro supervisionado é central em todo o processo. Além disso, se cada supervisionado pudesse escolher o seu supervisor clínico, provavelmente, estariam favorecidos os momentos de supervisão direta e a questão do tempo de contacto com o supervisor clínico ser assumido como insuficiente, eventualmente, também estaria solucionada.

Outra sugestão dos participantes passa pelo agendamento de reuniões com todas as equipas de SC presentes, com o objetivo de partilhar conhecimentos e apresentar os projetos de melhoria contínua da qualidade em curso, sendo solucionada a ausência de *feedback* verbalizada por alguns enfermeiros.

A implementação de um modelo de SCE é um processo complexo e suscetível a várias interferências, que podem colocar em risco o sucesso do processo. A identificação de interferências negativas é determinante, na medida em que, permite delinear estratégias para minimizar e resolver as dificuldades. Por outro lado, conhecer os fatores considerados como facilitadores é, de igual forma, importante pois permite investir, ainda mais, nos aspetos percecionados como favoráveis e contribuir para

aumentar as potencialidades de todo o processo, que dependem não só do empenho dos profissionais, mas também, do nível de envolvimento da instituição e da forma como transparecem a sua crença na SCE aos seus colaboradores.

A partir dos depoimentos recolhidos, foi possível concluir que os participantes consideram a SCE uma ferramenta fundamental para a melhoria dos cuidados de enfermagem e que potencia a reflexão sobre as práticas, traduzindo-se em mais segurança e melhores cuidados disponibilizados aos clientes.

O C-S2AFECARE-Q constitui um projeto inovador em Portugal e tem sido um desafio quer para a ESEP, quer para os profissionais do CHMA. Os estudos realizados no âmbito do C-S2AFECARE-Q permitiram uma avaliação diagnóstica de indicadores de qualidade sensíveis ao exercício profissional dos enfermeiros, possibilitaram o acompanhamento da implementação da SCE no CHMA e forneceram, simultaneamente, contributos subsidiários à otimização dos processos supervivos na instituição.

Face ao conhecimento disponível até ao momento é possível afirmar que, o C-S2AFECARE-Q constitui uma mais-valia para os enfermeiros, sendo perspetivado globalmente como um contributo positivo para o seu exercício profissional, com impacto não só nos profissionais, mas também a nível organizacional e na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados disponibilizados aos clientes.

Os enfermeiros envolvidos no projeto reportam o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, melhorias organizacionais, satisfação profissional e dos clientes e a qualidade e segurança da prática clínica como sendo alguns dos efeitos benéficos que decorrem da implementação de uma estrutura de SCE no CHMA. Por outro lado, a identificação de fatores facilitadores e dificultadores do C-S2AFECARE-Q permite, ainda, delinear estratégias que promovam a adesão dos profissionais, minimizem as limitações e otimizem as potencialidades de um projeto desta natureza.

Espera-se que, no final do projeto seja possível documentar, para além dos benefícios empiricamente reportados pelos atores intervenientes,

o impacto produzido pela SCE sobre a qualidade e segurança dos cuidados, por via da comparação dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem monitorizados antes e após a implementação do Modelo de SCE no CHMA. Com o projeto C-S2AFECARE-Q pretende-se aumentar a evidência existente sobre a temática, despertar o interesse e o empreendedorismo das instituições e despoletar mais investimento nesta área que se revela significativa não só para os enfermeiros, mas também para os clientes, pelo impacto que produz na segurança e qualidade assistencial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. C. - *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda, 2007.

ABREU, W. C.; MARROW, C. E. - Clinical Supervision in Nursing Practice: A comparative study in Portugal and The United Kingdom. *S A N A R E*, Vol. 11 (2), 2012, p. 16-24.

AKERJORDET, K.; SEVERINSSON, E. - Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 13, 2004, p. 164-170.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - *Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª Edição. Coimbra: Edições Almedina, 2007.

ALARCÃO, I.; CANHA, B. - *Supervisão e Colaboração: Uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora, 2013.

ALBARELLO, L. [et al.] - *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 1997.

AMADO, J. S. - A Técnica de Análise de Conteúdo. *Revista de Enfermagem Referência*, Nº5, 2000, p. 53 - 63.

AUSTIN, D. R. - *Therapeutic Recreation Processes and Techniques. Charter Nine: Clinical Supervision*. 6<sup>th</sup> Ed. Champaign, Illinois: Sagamore Publishing, 2009, p. 423-454.

- BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BATISTA, A. A. [et al.] - Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*, Vol. 39 (1), 2005, p. 85-91.
- BAYLIS, D. - Why clinical supervision matters. *Practice Nurse*, Vol. 44 (6), 2014, p. 29-30.
- BERGDAHL, E. [et al.] - Development of nurses' abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach. *Nursing Inquiry*, Vol. 18 (2), 2011, p. 111-122.
- BORGES, P. C. - *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Perspetivas dos Supervisores*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de Mestrado.
- BOTTI, M. [et al.] - Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nursing*, Vol. 29 (4), 2006, p. 309-316.
- BRADSHAW, T.; BUTTERWORTH, A.; MAIRS, H. - Does structured clinical supervision during psychosocial intervention education enhance outcome for mental health nurses and the service users they work with?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 14, 2007, p. 4-12.
- BRUNERO, S.; STEIN-PARBURY, J. - The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol. 25 (3), 2008, p. 86 - 94.
- BUTTERWORTH, L. [et al.] - Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. *Nurse Education Today*, Vol. 28, 2008, p. 264-272.
- CAMPOS, C. J. G. - Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. Bras. Enfermagem*, Vol. 57 (5), 2004, p. 611-614.
- CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. - Análise de Conteúdo em Pesquisas que utilizam Metodologia Clínico-Qualitativa: Aplicações e Perspectivas. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, Vol. 17 (2), 2009, p. 259 - 264.

CAMPOS, L.; SATURNO, P.; CARNEIRO, A. V. - *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010.

CARROL, V. - Is patient safety synonymous with quality nursing care? Should it be? A brief discourse. *Quality Management in Health Care*, Vol. 14 (4), 2005, p. 229-233.

CARVALHO, J. M. - *Supervisão Clínica em Enfermagem: uma análise exploratória no contexto de uma UCI Neurocríticos*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado.

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE (CHMA) - *Relatório e Contas*. Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E., 2012.

CHEATER, F.; HALE, C. - An evaluation of a local clinical supervision scheme for practice nurses. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 10, 2001, p. 119-131.

CHONG, M. - Is reflective practice a useful task for students nurses? *Asian Nursing Research*, Vol. 3 (3), 2009, p. 111-120.

CLEARY, M.; FREEMAN, A. - The cultural realities of clinical supervision in an acute inpatient mental health setting. *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 26 (5), 2005, p. 489-505.

COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO (CNO) - *Practice Standard: Therapeutic Nurse-Client Relationship, Revised 2006*. Toronto: CNO, 2013.

COOKSON, J. [et al.] - Provision of clinical supervision for staff working in mental health services. *Mental Health Practice*, Vol. 17 (7), 2014, p. 29-34.

COUTINHO, C. P. - *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, 2011.

CRAIG, J. V.; SMYTH, R. L. - *Prática Baseada na Evidência : Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2004.

CROSS, W.; MOORE, A.; OCKERBY, S. - Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of teaching hospital. *Contemporary Nurse*, Vol. 35 (2), 2010, p. 245-253.

CRUZ, S. - *Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso*. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Dissertação de Doutoramento.

CRUZ, S.; CARVALHO, L.; SOUSA, P. - Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol. 69, 2012, p. 864 - 873.

DEAN, E. - Providing an extra strand of support. *Nursing Standard*, Vol. 28 (14), 2013, p. 64-65.

DECRETO-LEI n.º 67/98. *D.R. I Série - A*. N.º 247 (98-10-26), p. 5536 - 5546.

DILWORTH, S. [et al.] - Finding a way forward: A literature review on the current debates around clinical supervision. *Contemporary Nurse*, Vol. 45 (1), 2013, p. 22-32.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde*. MS 1.01. Lisboa: Departamento da Qualidade em Saúde/Direcção-Geral da Saúde, 2011.

– *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. - Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para Enfermagem. Parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, Vol. 15 (4), 2007, p. 183-187.

EDWARDS, D. [et al.] - Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 12, 2005, p. 405-414.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO (ESEP) - *Carta de Parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e o Centro Hospitalar do Médio Ave EPE*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO (ESEP); CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE (CHMA) - *Supervisão Clínica para a segurança e qualidade dos cuidados - C-S2AFECARE-Q*. Porto: ESEP/CHMA, 2012.



FORTIN, M. F. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: LUSODIDACTA, 2009.

FRAGATA, J. - *Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática*. Lousã: LIDEL - Edições Técnicas, Lda., 2012.

FRAGATA, J.; MARTINS, L. - *O Erro em Medicina. Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina, 2008.

FRANCKE, A. L.; GRAAFF, F. M. - The effects of group supervision of nurses: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 49 (9), 2012, p. 1165-1179.

FREIXO, M. J. V. - *Metodologia Científica. Fundamentos, métodos e técnicas*. 3ª ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2011.

GARRIDO, A. - *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.

GARRIDO, A.; SIMÕES, J.; PIRES, R. - *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

GONGE, H.; BUUS, N. - Individual and Workplace Factors that Influence Psychiatric Nursing Staff's Participation in Clinical Supervision: A Survey Study and Prospective Longitudinal Registration. *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 31, 2010, p. 345-354.

- Model for investigating the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: A survey study. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 20, 2011, p. 102-111.

GUEST, G.; BUNCE, A; JOHNSON, L. - How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, Vol. 18 (1), 2006, p. 59-82.

HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; HAATAJA, R. - Efficacy of Clinical Supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal Compilation*, 2006, p. 521-535.

HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; PAUNONEN-ILMONEN, M. - Expert supervisors' view of clinical supervision: a study of factors

promoting and inhibiting the achievements of multiprofessional team supervision. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 38 (4), 2002, p. 387-397.

HYRKÄS, K. [et al.] - Nurse managers' conceptions of quality management as promoted by peer supervision. *Journal of Nursing Management*, Vol. 11 (1), 2003, p. 48-58.

HYRKÄS, K.; LEHTI, K.; PAUNONEN-ILMONEN, M. - Cost-benefit analysis of team supervision: the development of an innovative model and its application as a case study in one Finnish university hospital. *Journal of Nursing Management*, Vol. 9, 2001, p. 259-268.

HYRKÄS, K.; PAUNONEN-ILMONEN, M. - The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 33 (4), 2001, p. 492 - 502.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *Dotações Seguras, Salvam Vidas*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

- *Ambiente favoráveis à prática: Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2007.
- *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2008.
- *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.
- *Combater a desigualdade: da evidência à acção*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.
- *Enfermeiros: uma força para mudar - Um recurso vital para a Saúde*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2014.

JONES, A. - Some benefits experienced by hospice nurses from group clinical supervision. *European Journal of Cancer Care*, Vol. 12, 2003, p. 224-232.

KEEGAN, D. - Making supervision work for you. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, Vol. 19 (10), 2013, p. 36-37.

KILCULLEN, N. - An analysis of the experiences of clinical supervision on registered nurses undertaking MSc/graduate diploma in renal and urological nursing and on their clinical supervisors. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 16 (6), 2007, p. 1029-1038.

KOIVU, A.; SAARINEN, P.; HYRKÄS, K. - Stress relief or practice development: varied reasons for attending clinical supervision. *Journal of Nursing Management*, Vol. 19, 2011, p. 644-654.

- Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 21, 2012, p. 2567-2578.

LAITINEN-VÄÄNÄNEN, S.; LUUKKA, M.R.; TALVITIE, U. - Physiotherapy under discussion: A discourse analytic study of physiotherapy students' clinical education. *Advances in Physiotherapy*, Vol. 10, 2008, p. 2-8.

LAITINEN-VÄÄNÄNEN, S.; TALVITIE, U.; LUUKKA, M.R. - Clinical supervision as an interaction between the clinical educator and the student. *Physiotherapy Theory and Practice*, Vol. 23 (2), 2007, p. 95-103.

MACEDO, A. P. - *A supervisão de estágios em enfermagem e a articulação interorganizacional escola de enfermagem e hospital*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2009. Dissertação de Doutoramento.

MAGNUNSON, S.; WILCOX, S.; NOREM, K. - A profile of lousy supervision: experienced counselors' perspectives. *Counselor Education and Supervision*, Vol. 39 (3), 2000, p. 189-202.

MARROW, C. [et al.] - Clinical supervision using video conferencing technology: a reflective account. *Journal of Nursing Management*, Vol. 10 (5), 2002, p. 275-282.

MARTINEZ, E. A.; SOUZA, S. R.; TOCANTINS, F. R. - As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. *Investigación y Educación en Enfermería*, Vol. 30 (1), 2012, p. 101-107.

MARTINS, H. H. - Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, Vol. 30 (2), 2004, p. 289-300.

McCOLGAN, K.; RICE, C. - An online training resource for clinical supervision. *Nursing Standard*, Vol. 26 (24), 2012, p. 35-39.

MILLS, J. E.; FRANCIS, K. L.; BONNER, A. - Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy*, Vol. 5 (410), 2005, p. 1-10.

MONTEIRO, E. - *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Impacto na Organização*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Dissertação de Mestrado.

MORGADO, V. - Qualidade em saúde: uma exigência do presente, um investimento no futuro. *Qualidade em Saúde*, Vol. 5, 2011, p. 13-15.

MOURA, E. C.; MESQUITA, L. F. - Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduandos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol. 63 (5), 2010, p. 793-878.

NADIRSHAW, Z.; TORRY, B. - *Transcultural health care practice: Transcultural clinical supervision in health care practice*. London: Royal College of Nursing, 2004.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) - *Clinical Supervision Policy*. Leicestershire County and Rutland: National Health Service Primary Care Trust, 2009.

- *Supervision Policy*. Derby City: National Health Service Primary Care Trust, 2011.

NEW ZEALAND NURSES ORGANISATION (NZNO) - *Practice position statement: Professional and Clinical Supervision*. Wellington: NZNO, 2011, p. 1-4.

NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL (NMC) - *Standards to support learning and assessment in practice: NMC standards for mentors, practice teachers and teachers*. London: Nursing and Midwifery Council, 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

- *Sistema de Informação em Enfermagem: Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007a.
- *Desenvolvimento profissional - Certificação de competências: Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema*. Revista Ordem dos Enfermeiros, Nº 26, 2007b, p. 4-8.
- *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Lisboa: Comissão de Formação da Ordem dos Enfermeiros, 2007c.
- *Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- *Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.
- *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013.
- *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2014.

PINA, S. M. [et al.] - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Quedas em meio hospitalar*. Revista Ordem dos Enfermeiros, Nº 36, 2010, p. 27-29.

PINTO, D. J. - *Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de Mestrado.

PIRES, R. - *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributo para a definição de uma política organizacional*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.

PIRES, R. [et al.] - Supervisão Clínica de Alunos de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, Nº 54, Maio 2004, p. 1-6.

PISCO, L. - Boletim IQS: Apresentação. *Instituto da Qualidade em Saúde*, Nº 0, 2000, p. 1-8.

POLIT, D.; BECK, C. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPE, C.; MAYS, N. - *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. - *Analizando dados qualitativos*. In: POPE, C.; MAYS, N. - *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 77 - 97.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 5ª Ed. Lisboa: Gradiva, 2008.

REGISTERED NURSES'S ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) - *Healthy work environments best practice guidelines: Professionalism in nursing*. Toronto: Registered Nurses's Association of Ontario, 2006.

ROCHA, I. A. - *Construção e Validação do Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de Mestrado.

SANTIAGO, A.; CUNHA, J. - Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. *Revista Saúde e Pesquisa*, Vol. 4 (3), 2011, p. 443 - 448.

SELLARS, J. - Learning from contemporary practice: an exploration of clinical supervision in physiotherapy. *Learning in Health and Social Care*, Vol. 3 (2), 2004, p. 64-82.

SILVA, R.; PIRES, R.; VILELA, C. - Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico - Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, Vol. 3, 2011, p. 113-122.

SIMÕES, J. - *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem. A Perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.

SIMÕES, J.; GARRIDO, A. - *Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem*. Aveiro: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, 2006.

SIMÕES, J.; ALARCÃO, I.; COSTA, N. - Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*, Vol. 2 (6), 2008, p. 91-108.

SIROLA-KARVINEN, P.; HYRKÄS, K. - Clinical supervision for nurses in administrative and leadership positions: a systematic literature review of studies focusing on administrative clinical supervision. *Journal of Nursing Management*, Vol. 14, 2006, p. 601-609.

SLOAN, G. - Clinical supervision: beginning the supervisory relationship. *British Journal of Nursing*, Vol. 14 (17), 2005, p. 918-923.

SLOAN, G.; WATSON, H. - Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing Standard*, Vol. 17 (4), 2002, p. 41-46.

SLOAN, G.; WHITE, C. A.; COIT, F. - Cognitive therapy supervision as a framework for clinical supervision in nursing: using structure to guide discovery. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 32 (3), 2000, p. 515-524.

SOUZA, J. B. - *Motivação no Trabalho: uma análise dos dois fatores da Teoria Motivacional de Herzberg*. Paraná: Universidade de Brasília, 2011.

STENNER, K.; COURTENAY, M. - The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 63 (3), 2008, p. 276-283.

STEWART, W.; TERRY, L. - Reducing burnout in nurses and care workers in secure settings. *Nursing Standard*, Vol. 28 (34), 2014, p. 37-45.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. - *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002.

TAVARES, J. M. S. - *Políticas de Supervisão Clínica em Enfermagem em Serviços de Pediatria*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de Mestrado.

TAYLOR, C. - Receiving group clinical supervision: a phenomenological study. *British Journal of Nursing*, Vol. 22 (15), 2013, p. 816-866.

TEASDALE, K.; BROCKLEHURST, N.; THOM, N. - Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 33 (2), 2001, p. 216-224.

THE CHARTERED SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY - *A guide to implementing clinical supervision*. London: CSP, 2005.

TOMÁS, A.; GONÇALVES, R. - Qualidade dos serviços de saúde: uma perspetiva integradora. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, Nº 35, 2010, p. 68-69.

TURATO, E. - Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, Vol. 39 (3), 2005, p. 507-514.

TURNER, J. [et al.] - A randomised trial of a psychosocial intervention for cancer patients integrated into routine care: The PROMPT study (promoting optimal outcomes in mood through tailored psychosocial therapies). *BMC Cancer*, Vol. 11 (48), 2011, p. 1-9.

VARANDAS, M. L.; LOPES, A. - Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, Vol. 22, 2012, p. 141-158.

WALKER, J. - Examining the Benefits of Professional Clinical Supervision. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, Vol. 15 (5), 2009, p. 12-14.



WASKETT, C. - An integrated approach to introducing and maintaining supervision: the 4S model. *Nursing Times*, Vol. 105 (17), 2009, p. 24-26.

WHITE, E.; WINSTANLEY, J. - Implementation of Clinical Supervision: educational preparation and subsequent diary accounts of the practicalities involved, from an Australian mental health nursing innovation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 16, 2009, p. 895-903.

- A randomized controlled trial of clinical supervision: selected findings from a novel Australian attempt to establish the evidence base for causal relationships with quality of care and patient outcomes, as an informed contribution to mental health nursing practice development. *Journal of Research in Nursing*, Vol. 15 (2), 2010, p. 151-167.

WILLIAMS, L.; IRVINE, F. - How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. *Journal of Nursing Management*, Vol. 17, 2009, p. 474-483.

WILLSON, L.; FAWCETT, T.; WHYTE, D. - An evaluation of a clinical supervision programme. *British Journal of Community Nursing*, Vol. 6 (12), 2001, p. 614-623.

WINSTANLEY, J.; WHITE, E. - Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*, Vol. 10 (4), 2003, p. 7-38.

WOOD, J. - Clinical supervision. *British Journal of Perioperative Nursing: the Journal of the National Association of Theatre Nurses*, Vol. 14 (4), 2004, p. 151-156.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Patient safety research: a guide for developing training programmes*. Geneva: World Health Organization, 2012.

WRIGHT, J. - Clinical Supervision: a review of the evidence base. *Nursing Standard*, Vol. 27 (3), 2012, p. 44-49.



## **ANEXOS**



**ANEXO I**  
**Guião de Entrevista**





## **GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

**TEMA:** “Supervisão Clínica em Enfermagem para a Segurança e Qualidade dos Cuidados: Perspetiva dos Supervisionados do CHMA”

### **OBJETIVOS GERAIS:**

- Conhecer a opinião dos enfermeiros supervisionados sobre a operacionalização do Projeto C-S2AFECARE-Q;
- Compreender em que medida o Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem implementado contribui para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros;
- Compreender em que medida o Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem implementado contribui para a segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem.





## PARTE I

### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DO ENTREVISTADO

1. *Sexo:*

☐ Feminino

☐ Masculino

2. *Idade:* \_\_\_\_\_

3. *Estado Civil:*

☐ Solteiro (a)

☐ Casado (a) / União de Facto

☐ Divorciado (a)

☐ Viúvo (a)

4. *Formação Académica/Profissional:*

☐ Licenciatura ou Equivalente Legal

☐ Mestrado

Qual? \_\_\_\_\_

☐ Doutoramento

Qual? \_\_\_\_\_

☐ Especialidade

Qual? \_\_\_\_\_

☐ Outra

Qual? \_\_\_\_\_



5. *Categoria Profissional:*

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro Graduado
- ☐ Enfermeiro Especialista

6. *Serviço onde exerce funções:* \_\_\_\_\_

7. *Tempo de Exercício Profissional:* \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

7.1. *Tempo de Exercício Profissional no Serviço Atual:* \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

8. *Tipo de Vínculo Institucional:*

- ☐ Contrato de Trabalho em Funções Públicas (CTFP)
- ☐ Contrato Individual de Trabalho
  - ☐ Tempo Indeterminado
  - ☐ Termo Certo
  - ☐ Termo Incerto
- ☐ Outro

Qual? \_\_\_\_\_

9. *Tipo de horário praticado:*

- ☐ Fixo
- ☐ Roulement

10. *Formação pós-graduada em Supervisão Clínica:*

- ☐ Sim

Tipo de formação: \_\_\_\_\_

- ☐ Não



11. Teve experiência anterior enquanto Supervisionado?

- ☐ Sim
- ☐ Não

11.1. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, como descreve a sua experiência enquanto Supervisionado?

- ☐ Positiva
- ☐ Negativa
- ☐ Indiferente

12. Teve experiência anterior enquanto Supervisor?

- ☐ Sim
- ☐ Não

12.1. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, que tipo de experiência possui?

- ☐ Supervisão de estudantes
- ☐ Supervisão de pares
- ☐ Ambas

12.2. Com descreve a sua experiência enquanto Supervisor?

- ☐ Positiva
- ☐ Negativa
- ☐ Indiferente



## PARTE II

BLOCOS TEMÁTICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PERGUNTAS ORIENTADORAS/AÇÃO EM CAMPO	OBSERVAÇÕES
<b>A. Legitimação da entrevista, questões de natureza ética e motivação</b>	<p>a) Legitimar a entrevista;</p> <p>b) Garantir o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação;</p> <p>c) Motivar o entrevistado a participar na entrevista.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentação da investigadora;</li> <li>2. Clarificação do tipo de estudo, contexto onde será realizado e finalidade;</li> <li>3. Solicitar o contributo do entrevistado, dada a sua experiência de participação no Projeto C-S2AFECARE-Q;</li> <li>4. Explicar os procedimentos éticos a serem adotados na investigação;</li> <li>5. Apresentação, explicação e justificação do consentimento informado:               <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1. Assinatura, em duplicado, da declaração de consentimento informado;</li> <li>5.2. Fornecer cópia da declaração de consentimento informado ao participante.</li> </ol> </li> <li>6. Solicitar autorização para a utilização do gravador áudio e justificar a sua necessidade.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Garantir o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação;</li> <li>– Negociar a gravação áudio da entrevista;</li> <li>– Colocar o gravador num local discreto;</li> <li>– Autorização escrita;</li> <li>– Pedido de autorização para dar início à gravação áudio da entrevista.</li> </ul>

<b>B. Caracterização sociodemográfica e profissional do Entrevistado</b>	a) Caracterizar os participantes do estudo	1. Preenchimento pelo participante do formulário designado <i>“Parte I - Caracterização sociodemográfica e profissional do entrevistado”</i>	
<b>C. Perspetiva dos Enfermeiros Supervisionados sobre a operacionalização do projeto C-S2AFECARE-Q e implementação do MSCEC</b>	a) Conhecer a motivação individual para a implementação da SCE no CHMA;	1. Como é que tomou conhecimento do Projeto C-S2AFECARE-Q?	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Desenvolvimento Profissional;</li> <li>– Serviço;</li> <li>– Instituição;</li> <li>– Cliente;</li> <li>– Profissionais.</li> </ul>
	b) Conhecer a perspetiva sobre a motivação da Equipa para a implementação da SCE no CHMA;	2. Integrar num projeto desta natureza faz parte do seu interesse pessoal?	
	c) Compreender as vantagens/benefícios decorrentes da	3. Considera a equipa motivada para aderir e participar no Projeto C-S2AFECARE-Q?	
		4. Na sua perspetiva, quais as vantagens/benefícios da implementação do Projeto C-S2AFECARE-Q?	
		5. Identifica desvantagens/prejuízos decorrentes da	



	operacionalização do C-S2AFECARE-Q;	implementação do Projeto C-S2AFECARE-Q?	
	d) Compreender as desvantagens/prejuízos decorrentes da operacionalização do C-S2AFECARE-Q;	6. Qual a contribuição do Projeto C-S2AFECARE-Q para a segurança e qualidade dos cuidados?	
	e) Conhecer a perspectiva dos Enfermeiros Supervisionados sobre a natureza da relação supervisiva;	7. Na sua opinião, a nível institucional estão reunidas as condições para a implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem de forma sistematizada/sustentada?	
	f) Identificar as facilidades sentidas pelos Enfermeiros Supervisionados decorrentes da implementação do C-	8. Quais as facilidades que sentiu no exercício do papel de Enfermeiro Supervisionado?	
		9. Quais as dificuldades que sentiu no exercício do papel de Enfermeiro Supervisionado?  9.1. Na sua perspectiva, que dificuldades poderão ter sentido os outros Enfermeiros Supervisionados?	
		10. Quais as estratégias supervisivas adotadas no decorrer da implementação do C-S2AFECARE-Q?	<i>Estratégias Supervisivas:</i> orientação, observação, demonstração, <i>feedback</i> , apoio, formulação de questões

	S2AFECARE-Q.	10.1. Qual a sua opinião sobre as estratégias adotadas? Porquê?	reflexivas, análise de casos e documentação, reuniões, debates e discussões, relatório reflexivo, estratégias de supervisão à distância: telefone, <i>e-mail</i> , <i>skype</i> ®, auto supervisão (...).
	g) Identificar as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros Supervisionados decorrentes da implementação do C-S2AFECARE-Q.	10.2. Em que medida contribuíram para o seu desenvolvimento profissional? Porquê?	
	h) Identificar as estratégias de SCE implementadas;	11. A adesão a este projeto implicou alguma alteração na sua vida pessoal/profissional?  11.1. Qual (Quais)? Porquê?	
		12. Que sugestões daria para otimizar a implementação do C-S2AFECARE-Q no CHMA?	
		13. Existe mais algum assunto relacionado com o C-S2AFECARE-Q que considere importante abordar?	
		14. Existe mais alguma experiência que queira partilhar?	
<b>D. Finalização e agradecimentos</b>	a) Agradecer a a disponibilidade para	1. Agradecer a colaboração do entrevistado;  2. Dar oportunidade ao entrevistado de fazer referência,	

	colaborar no estudo.	se o desejar, a algum assunto/aspecto particular;  3. Terminar a entrevista.	
--	----------------------	--	--



## **ANEXO II**

### **Autorização Institucional para a Realização do Estudo**





colaboração com alguns enfermeiros do CHMA. Esta formação nos serviços de Medicina e Obstetria decorrerá durante o mês de Janeiro de 2013, em datas a articular com os serviços.

Para além desta formação outras se seguirão em contexto da prática clínica, sendo difícil prever nesta altura, com alguma precisão, os recursos necessários.

Para a implementação deste Modelo de Supervisão será imprescindível a cooperação dos profissionais dos serviços Medicina e de Obstetria, uma vez que o projeto implicará reuniões de acompanhamento e de avaliação com os supervisores e supervisados envolvidos no processo. Neste sentido, a colaboração dos Enfermeiros Chefes/Responsáveis dos referidos serviços será essencial.

No que diz respeito aos gastos materiais necessários para o desenvolvimento deste trabalho prevê-se apenas um computador, projetor e fotocópias de documentos que fazem parte do contrato supervisão.

Como referido anteriormente, em simultâneo com a implementação do modelo de supervisão clínica decorrerá a colheita de dados que sustenta a investigação em curso e alvo da referida carta de parceria. Assim, e de acordo com o previamente estabelecido, é propósito da equipa de investigação continuar a colheita de dados no Serviço de Medicina da Unidade de Santo Tirso e no Serviço de Obstetria da Unidade de Famalicão.

Neste contexto, solicitamos autorização para a colheita de dados referentes aos seguintes estudos:

- Implementação de um modelo de SCE: Avaliação da sua eficácia e eficiência
  - Investigador responsável: José Pedro Barbosa Ferreira
- Implementação de um modelo de SCE: perspectiva dos supervisores
  - Investigador responsável: Paula Cristina Espínheira Borges
- Implementação de um modelo de SCE: perspectiva dos supervisados
  - Investigador responsável: Ana Cristina Maia Rocha
- Implementação de um modelo de SCE: Questões éticas
  - Investigador responsável: Mário Augusto Lopes De Mendonça
- Implementação de um modelo de SCE: Desenvolvimento da inteligência emocional
  - Investigador responsável: Carlos Miguel de Sousa Oliveira Gonçalves
- Implementação de um modelo de SCE: Enquadramento organizacional.
  - Investigador responsável: Érica Sofia Pereira Monteiro

Em todos estes estudos serão salvaguardados todos os pressupostos éticos associados a este tipo de estudo, nomeadamente a proteção de dados.

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.



(António Luís Carvalho)







### **ANEXO III**

#### **Declaração de Consentimento Informado**



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Conforme a Lei N.º 67/98 de 26 de Outubro e a *Declaração de Helsínquia* da Associação Médica Mundial (*Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008*)

### *SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM PARA A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: PERSPETIVA DOS SUPERVISIONADOS DO CHMA*

Caro (a) Colega,

Ana Cristina Maia Rocha, estudante do 2º ano do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, ano letivo 2012/2013, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação intitulado **Supervisão Clínica em Enfermagem para a Segurança e Qualidade dos Cuidados: Perspetiva dos Supervisionados do CHMA**, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Reis Santos e coorientação da Doutora Sandra Cruz.

Este trabalho insere-se no projeto **Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados - C-S2AFECARE-Q** resultante da parceria entre o Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. (CHMA) e a Escola Superior de Enfermagem do Porto e tem como objetivos:

- Conhecer a opinião dos Enfermeiros Supervisionados sobre o Projeto C-S2AFECARE-Q no CHMA;
- Conhecer a opinião dos Enfermeiros Supervisionados sobre a operacionalização do Projeto C-S2AFECARE-Q no CHMA;
- Compreender em que medida o Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem implementado contribui para o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros;
- Compreender em que medida o Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem implementado contribui para a segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem.

A concretização deste trabalho, aprovado pelo Conselho de Administração do CHMA, depende da sua participação nesta entrevista. Garante-se o respeito pelos pressupostos éticos inerentes a um trabalho desta natureza, assegurando-se que:

1. A informação será obtida através de uma entrevista semi-estruturada gravada em suporte áudio;

2. A informação recolhida destina-se a uso exclusivo neste trabalho e será fornecida apenas às pessoas nele, diretamente, implicadas;
3. A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa, a qualquer momento, em participar no estudo supracitado, sem que daí advenha qualquer prejuízo;
4. A privacidade dos entrevistados será salvaguardada, sendo as suas identidades apenas conhecidas pelas pessoas diretamente envolvidas no trabalho de investigação;
5. Em nenhum tipo de relatório ou publicação que venha a ser produzido, será incluída qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes;
6. Concluído o trabalho de investigação, todos os dados relativos aos intervenientes que possam conduzir à sua identificação serão destruídos;
7. Será fornecido, se for do interesse dos participantes, informação sobre os resultados finais do estudo.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que aceito participar como informante no trabalho de investigação desenvolvido pela Enfermeira Ana Cristina Maia Rocha com o tema *“Supervisão Clínica em Enfermagem para a Segurança e Qualidade dos Cuidados: Perspetiva dos Supervisionados do CHMA”*, tendo em conta os pressupostos sobre os quais fui elucidado (a).

LOCAL:

ASSINATURA DO ENTREVISTADO (A):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA:

ASSINATURA DA INVESTIGADORA:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Para qualquer esclarecimento ou informação adicional, não hesite em contactar-me:*

[ana.c.rocha82@gmail.com](mailto:ana.c.rocha82@gmail.com)

91 684 44 46 / 93 408 26 71